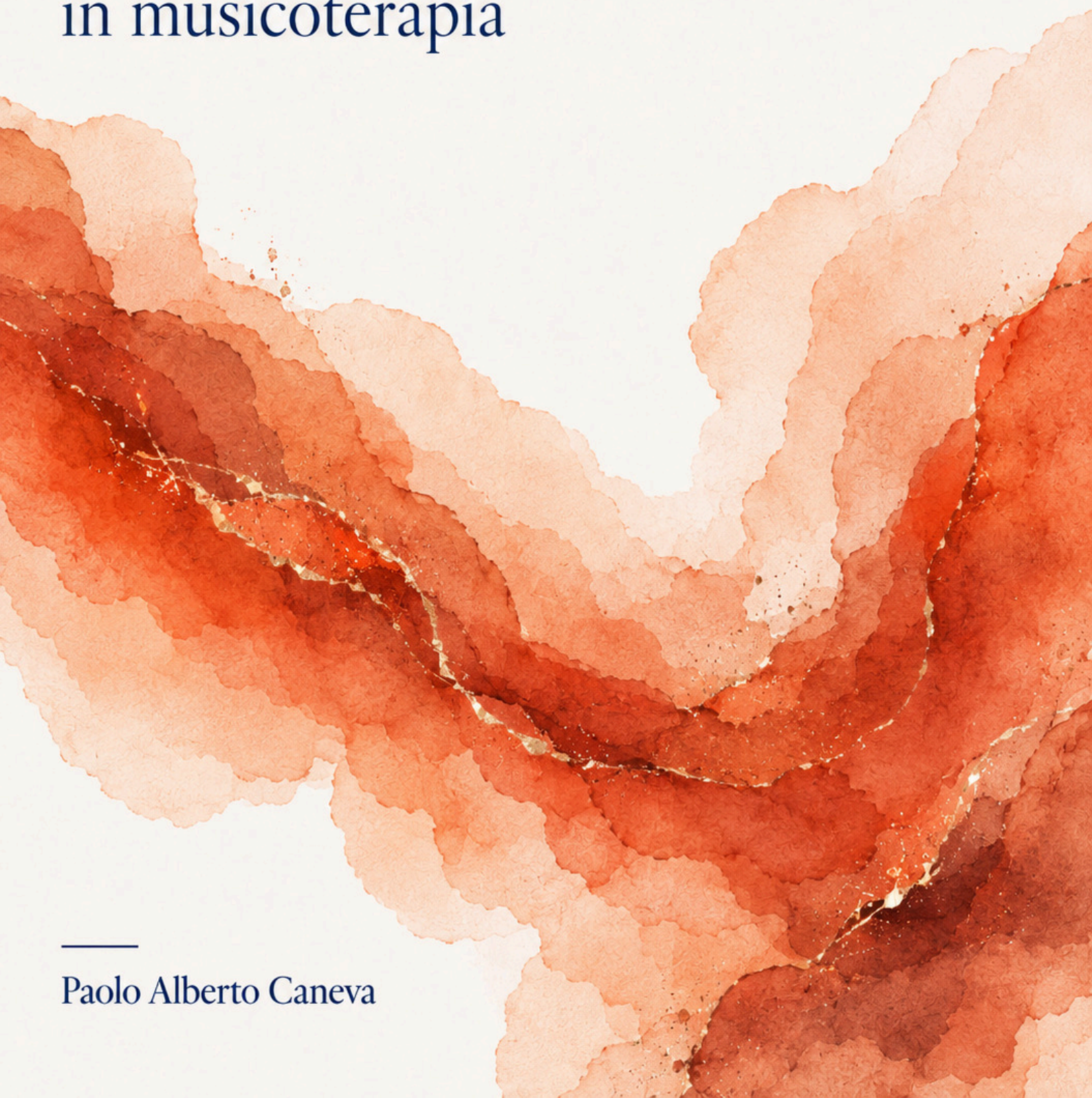


PROGETTARE.

in musicoterapia

Paolo Alberto Caneva



COLLANA IL MESTIERE SI IMPARA

2/5

Paolo Alberto Caneva

PROGETTARE

IN MUSICOTERAPIA

© 2026 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: agosto 2026.

Progetto grafico e impaginazione: Paolo Alberto Caneva.

Copertina: Paolo Alberto Caneva.

Come citare: Caneva, P. A. (2026). *Progettare in musicoterapia*.

<https://canevapaolo.it>

L'opera completa e gli aggiornamenti: <https://canevapaolo.it>

Per scrivere all'autore: cnvpaolo@gmail.com

Indice

Come usare questo manuale.....	8
L'opera.....	9
Capitolo 1 Perché un progetto.....	10
Una storia che si ripete.....	10
Che cos'è un progetto.....	10
Cinque ragioni per cui ti serve.....	10
Seduta, percorso, progetto.....	11
Capitolo 2 Prima di scrivere: osservare e documentarsi.....	12
2.1 Conoscere il sistema, non solo la persona.....	12
2.2 L'osservazione sistematica.....	13
2.3 La ricerca bibliografica essenziale.....	13
2.4 Consenso informato, riservatezza, etica.....	14
2.5 Dal materiale raccolto al progetto.....	15
Capitolo 3 Le parole della progettazione.....	16
3.1 La chiave: chi cambia, e in quanto tempo.....	16
3.2 La metafora del ponte.....	17
3.3 La catena del valore.....	17
Capitolo 4 Le sezioni del progetto, una per una.....	19
4.1 Il titolo.....	19
4.2 L'abstract.....	19
4.3 L'analisi del contesto e dei bisogni.....	20
4.4 I destinatari.....	20
4.5 Finalità e obiettivi.....	21
4.6 Metodologia e attività.....	21

4.7 Il cronoprogramma (Gantt).....	22
4.8 Risorse e budget.....	22
4.9 Valutazione e monitoraggio.....	23
4.10 La bibliografia.....	23
4.11 Il profilo professionale.....	23
4.12 Come si tengono insieme.....	23
Capitolo 5 La bussola degli strumenti.....	25
5.1 Quattro strumenti, quattro domande.....	25
5.2 Il Quadro Logico all'opera.....	26
5.3 La tabella di orientamento.....	27
5.4 Dove entrano nelle sezioni del progetto.....	27
5.5 Il consiglio per il primo progetto.....	27
Capitolo 6 Le persone intorno al progetto.....	28
6.1 Chi sono i portatori di interesse.....	28
6.2 La matrice potere/interesse.....	28
6.3 Il piano di comunicazione.....	29
6.4 Quando le cose si complicano.....	29
6.5 Nel progetto scritto.....	29
Capitolo 7 Misurare il cambiamento.....	30
7.1 Gli indicatori.....	30
7.2 La triangolazione.....	31
7.3 Il calendario della valutazione.....	31
7.4 La Scala di Raggiungimento degli Obiettivi (GAS).....	31
7.5 Due standard da conoscere: ICF e TIDieR.....	32
Capitolo 8 Il tuo primo progetto, passo per passo.....	34
Passo 1. Preparati con le domande giuste.....	34
Passo 2. Documenta tutto quello che puoi.....	34
Passo 3. Non promettere: rassicura.....	34
Passo 4. Trasforma le informazioni in analisi dei bisogni.....	34

Passo 5. Scrivi obiettivi SMART.....	35
Passo 6. Progetta le attività.....	35
Passo 7. Pianifica la valutazione.....	35
Passo 8. Calcola il budget.....	35
Passo 9. Costruisci il cronoprogramma.....	35
Passo 10. Assembla il documento.....	35
L'errore più frequente di tutti.....	36
Una nota sull'intelligenza artificiale.....	36
Capitolo 9 Un progetto completo, commentato.....	37
Frontespizio.....	37
Abstract.....	37
1. Analisi del contesto e dei bisogni.....	38
2. Destinatari.....	38
3. I portatori di interesse.....	39
4. Finalità e obiettivi.....	40
5. Metodologia e attività.....	40
6. Cronoprogramma.....	41
7. Risorse e budget.....	42
8. Valutazione e monitoraggio.....	42
9. Rischi e piano di continuità.....	43
10. Bibliografia.....	43
11. Profilo professionale.....	44
Capitolo 10 Dopo la consegna.....	45
10.1 Presentare il progetto.....	45
10.2 Negoziare senza snaturare.....	45
10.3 Una parola sui bandi.....	45
10.4 Durante: monitorare e documentare le variazioni.....	46
10.5 Chiudere: il report finale e la restituzione.....	46
10.6 Disseminare: il progetto come contributo alla disciplina.....	46

Appendice A Schema di progetto compilabile.....	48
Appendice B Lista di controllo finale.....	50
Appendice C Quattro contesti, una struttura.....	51
C.1 Scuola primaria: difficoltà di attenzione e autoregolazione.....	51
C.2 Riabilitazione neurologica: dopo l'ictus.....	51
C.3 Scuola secondaria: benessere e prevenzione.....	52
C.4 Salute mentale adulti: percorsi orientati alla recovery.....	53
Appendice D Strumenti di valutazione citati.....	54
Appendice E Una griglia osservativa compilata.....	56
Appendice F Traccia di consenso informato.....	57
Appendice G Domande frequenti.....	58
Appendice H Glossario essenziale.....	60
Bibliografia.....	62
Note sull'autore.....	65

Come usare questo manuale

Questo manuale ha un obiettivo solo: metterti in grado di scrivere un progetto di musicoterapia chiaro, credibile e difendibile. Non è un trattato di metodologia della ricerca, non è un manuale di musicoterapia clinica e non è una raccolta di moduli da fotocopiare. È un percorso: si parte dal perché un progetto serve, si impara il vocabolario essenziale, si esamina la struttura di un progetto sezione per sezione, si conoscono gli strumenti che la progettazione sociale e sanitaria usa in tutto il mondo, e si arriva a scrivere il primo progetto, passo per passo.

Tre scelte attraversano tutto il libro ed è bene che tu le conosca subito.

La prima: un solo caso come filo conduttore. Quasi tutti gli esempi del manuale riguardano lo stesso progetto, un intervento di musicoterapia per persone con demenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale (la RSA, struttura residenziale per persone non autosufficienti). Lo vedrai nascere pezzo per pezzo nei capitoli e lo troverai completo, e commentato, nel capitolo 9. Seguire un caso unico ti permette di vedere come le parti di un progetto si tengono insieme, cosa che dieci esempi scollegati non potrebbero mostrarti. Negli altri contesti — scuola, riabilitazione neurologica, salute mentale — la struttura non cambia: cambiano i contenuti, e l'appendice C te lo dimostra con quattro schede sintetiche. Le versioni integrali di tutti e cinque i progetti, pronte da studiare e da adattare, sono raccolte nel volume che accompagna questo manuale: il Quaderno dei progetti.

La seconda: ogni termine tecnico viene tradotto e spiegato la prima volta che compare, e poi usato sempre nello stesso modo. La progettazione è piena di sigle inglesi che intimidiscono; in realtà dietro ognuna c'è un'idea semplice. Quando incontrerai una sigla, accanto troverai sempre il suo significato in italiano. Il glossario in appendice H raccoglie i termini principali.

La terza: la persona prima della diagnosi. In questo manuale non troverai la parola "pazienti": lavoriamo con persone, utenti, ospiti, bambini, anziani. Non è una finezza linguistica. Il modo in cui nomini le persone nel tuo progetto dice al lettore — un direttore sanitario, una dirigente scolastica, una commissione di bando — che tipo di professionista sei.

Un'ultima cosa. Non devi padroneggiare tutto al primo progetto. Per il progetto di tirocinio ti bastano i capitoli da 1 a 4 e il capitolo 8; gli strumenti dei capitoli 5, 6 e 7 diventeranno preziosi man mano che i tuoi progetti cresceranno in complessità. Il manuale è costruito per accompagnarti in questa progressione: non sentirti in obbligo di arrivare all'ultima pagina prima di cominciare a scrivere.

L'opera

Questo è il volume 2 di un'opera in cinque volumi che copre l'intero ciclo del mestiere del musicoterapeuta: 1. "Osservare in musicoterapia" (lo sguardo clinico, i suoi oggetti, i suoi metodi); 2. "Progettare in musicoterapia" (dal bisogno rilevato al progetto difendibile); 3. "Quaderno dei progetti" (cinque progetti completi nei contesti professionali più frequenti); 4. "Valutare in musicoterapia" (la logica della misura e gli strumenti della disciplina); 5. "Gli strumenti degli altri" (il repertorio dei test che si incontrano in équipe). I primi quattro condividono il vocabolario, le regole editoriali e un filo conduttore clinico — il progetto "Melodie della memoria" e la sua protagonista Maria — ma ciascuno si legge anche da solo (il volume 1 sviluppa per esteso le competenze osservative che qui il capitolo 2 introduce; il volume 4 sviluppa l'impianto di misura che il capitolo 7 abbozza): i rimandi agli altri sono dichiarati dove servono. L'ordine dei numeri è l'ordine del mestiere: prima si osserva, poi si progetta, infine si valuta.

Capitolo 1

Perché un progetto

Una storia che si ripete

Una musicoterapeuta lavora da tre anni in una RSA. Le sue sedute funzionano: gli ospiti la aspettano, gli operatori la salutano con simpatia, le famiglie la ringraziano. Poi la direzione cambia, arriva una revisione del budget, e qualcuno chiede: “Cosa produce esattamente questa attività? Abbiamo dei dati?”. Non ci sono dati. Ci sono tre anni di lavoro buono, ma nessun documento che dica a quali bisogni rispondeva, quali obiettivi perseguiva, quali risultati ha prodotto. L'attività viene chiusa. Non perché non funzionasse: perché nessuno poteva dimostrare che funzionava.

Questa storia, con varianti, la incontrerai spesso. Il progetto esiste esattamente per impedirla.

Che cos'è un progetto

Un progetto di musicoterapia è un documento che parte da un **bisogno rilevato**, definisce obiettivi misurabili, pianifica attività coerenti con quegli obiettivi, prevede come verificare i risultati e stima le risorse e i tempi necessari. Tutto qui. Non è burocrazia: è il modo in cui trasformi un'intuizione clinica (“la musica potrebbe aiutare queste persone”) in una proposta professionale che chiunque può leggere, capire, valutare e finanziare.

È utile anche dire cosa un progetto **non è**. Non è una promessa di guarigione: un progetto serio promette un **processo rigoroso**, non un **risultato garantito**. Non è un esercizio di scrittura accademica: il destinatario è quasi sempre una persona con poco tempo che decide se darti fiducia e risorse. E non è una gabbia: un buon progetto prevede i propri margini di flessibilità, come vedremo.

Cinque ragioni per cui ti serve

La prima è la chiarezza. Scrivere un progetto ti obbliga a rispondere a domande che, nel lavoro quotidiano, è facile rimandare: perché propongo proprio questo intervento? Per chi? Cosa mi aspetto che cambi? Come lo saprò? Un progetto scritto male di solito rivela un pensiero clinico ancora confuso; scriverlo bene è prima di tutto un esercizio di pensiero.

La seconda è la sostenibilità economica. Un progetto con un budget trasparente ti permette di farti pagare in modo corretto e di far capire al committente cosa sta comprando. Senza budget, il tuo lavoro vale “quello che si può”: con un budget motivato, vale quello che costa.

La terza è la possibilità di monitorare e valutare. Solo se hai dichiarato prima cosa ti aspetti puoi dire dopo se è successo. La valutazione non è un giudizio sul tuo talento: è la base della credibilità della musicoterapia come disciplina.

La quarta è la legittimazione professionale. In Italia la musicoterapia si muove in un sistema — sanitario, scolastico, sociale — che parla il linguaggio dei progetti, degli obiettivi, degli indicatori. Quando scrivi un buon progetto stai dicendo a quel sistema: parlo la tua lingua, puoi trattarmi da professionista. La norma UNI 11592 (UNI – Ente Italiano di Normazione, 2015), che definisce i requisiti del musicoterapeuta in Italia, va esattamente in questa direzione.

La quinta, paradossalmente, è la flessibilità. Chi non ha un progetto improvvisa sempre; chi ha un progetto sa quando sta deviando, perché lo sta facendo e come documentarlo. L'imprevisto — un peggioramento clinico, un cambio di personale, una stanza che non è più disponibile — smette di essere una crisi e diventa una variazione gestita.

Seduta, percorso, progetto

Un'ultima distinzione, perché genera spesso confusione. **La seduta** è il singolo incontro di musicoterapia. **Il percorso** (o ciclo di trattamento) è la sequenza di sedute con una stessa persona o uno stesso gruppo. **Il progetto** è la cornice che contiene tutto: l'analisi del contesto, gli obiettivi, il metodo, i percorsi, la valutazione, il budget, i tempi. Puoi essere un eccellente clinico di seduta e un pessimo progettista; questo manuale serve a non farti trovare in quella condizione.

Capitolo 2

Prima di scrivere: osservare e documentarsi

Un progetto non nasce davanti al computer. Nasce prima, da due attività che fanno parte del mestiere quanto suonare: **osservare** la realtà in cui andrai a lavorare e **documentarti** sulla letteratura scientifica che riguarda quella popolazione. Questo capitolo descrive entrambe.

2.1 Conoscere il sistema, non solo la persona

Quando un committente ti contatta — una famiglia, una struttura, una scuola — la tentazione è concentrarsi subito sulla persona destinataria dell'intervento. È un errore di prospettiva: ogni persona vive dentro un sistema di relazioni (familiari, caregiver, équipe, insegnanti) e il tuo intervento entrerà in quel sistema, non solo nella vita del singolo. Prima di progettare devi quindi raccogliere informazioni su più piani.

Sul piano funzionale ti interessano le autonomie residue e la mobilità (la persona mantiene la posizione seduta? si muove autonomamente?), le competenze sensoriali (ci sono deficit di vista o udito che condizionano l'uso di strumenti e voce?) e le capacità cognitive e comportamentali (come reagisce all'ambiente, alle proposte, alle persone nuove?). Questi dati diretti contano spesso più della documentazione clinica, che pure va consultata quando disponibile.

Sul piano musicale ti interessa la storia sonora della persona: i gusti, le musiche dell'infanzia e della giovinezza, le esperienze musicali pregresse — incluse eventuali esperienze di musicoterapia precedenti, perché un percorso passato vissuto male condiziona quello che stai per proporre. Questa indagine costruisce quella che la tradizione musicoterapica chiama **identità sonora** della persona, ed è la materia prima delle tue future scelte musicali.

Sul piano ambientale ti interessano le situazioni critiche: quali eventi, suoni o momenti della giornata scatenano agitazione o disagio. Mapparle in anticipo serve a prevenire i comportamenti-problema e a garantire la sicurezza delle sedute.

Sul piano delle aspettative, infine, c'è una domanda che non puoi saltare: "Cosa vi aspettate da questo intervento?". La risposta ti dice quanto lavoro dovrai fare per riportare le attese su obiettivi realistici. **Disinnescare** subito i desideri miracolistici ("tornerà a parlare?", "guarirà?") non è scortesia: è protezione per la famiglia, per la persona e per te. Definire fin dal primo incontro cosa la musicoterapia può e non può fare è anche una tutela professionale e legale.

Una nota pratica: non presentarti al primo incontro a mani vuote. Arrivare con una bozza di progetto di massima — anche solo uno schema di domande e una proposta di percorso — comunica professionalità e ti dà una struttura su cui condurre il colloquio invece di subirlo.

Il colloquio esplorativo è uno scambio a due direzioni, e conviene prepararsi su entrambe.

Le domande che farai tu: come siete arrivati a me? (la risposta ti dice qualcosa sulle aspettative e sul tuo posizionamento professionale); cosa vi aspettate dall'intervento? quali sono i comportamenti, le competenze e le difficoltà della persona o del gruppo? ci sono situazioni che scatenano crisi o disagio? qual è la storia musicale, e ci sono state esperienze precedenti di musicoterapia? quali vincoli organizzativi esistono (spazi, orari, turni, calendario)?

Le domande che faranno a te, e a cui è bene avere già una risposta pensata: funziona? quanto costa e quanto dura, la singola seduta e il percorso? serve la presenza del caregiver (chi si prende cura della persona) o dell'insegnante? cosa succede se una seduta salta — si recupera, si paga?

Arrivare con queste risposte chiare non è rigidità: è il primo segnale di professionalità che il committente riceve.

2.2 L'osservazione sistematica

L'osservazione è lo strumento con cui trasformi **impressioni** in **dati**. In fase di progettazione ti serve per costruire il punto di partenza (la baseline, ovvero la misura iniziale rispetto a cui valuterai i cambiamenti); durante l'intervento ti serve per monitorare; alla fine ti serve per valutare.

Osservare sistematicamente significa decidere prima cosa guardare. Nella pratica musicoterapica gli ambiti ricorrenti sono la postura e l'uso dello spazio (compresa la relazione con gli strumenti e con le persone), la tonicità muscolare e il respiro, la produzione verbale e vocale (presenza, velocità, fluenza, tono) e la partecipazione, che conviene distinguere nelle sue forme: canora, vocale, strumentale, verbale. Una **griglia osservativa** con questi ambiti, compilata con regolarità, vale più di pagine di impressioni. (L'osservazione è una competenza che merita un libro intero, ed è il volume "Osservare in musicoterapia" di questa collana: qui trovi l'essenziale per partire.)

C'è poi un secondo oggetto di osservazione che gli studenti dimenticano sempre: te stesso. La qualità della relazione musicale dipende anche dal tuo stato — postura, tensione muscolare, respiro, velocità e tono dell'eloquio, pensieri che attraversano la seduta. L'auto-osservazione non finisce nel progetto scritto, ma è una competenza professionale che la supervisione ti aiuterà a coltivare, e che rende più attendibili i dati che raccogli sugli altri.

Infine, una regola organizzativa che vale come abitudine professionale: riserva sempre, **dentro il tempo di lavoro**, uno spazio per la documentazione immediata. Se l'unità di intervento è di trenta minuti, venticinque sono per le persone e cinque per scrivere ciò che è accaduto, finché la memoria è fresca. La documentazione scritta a fine giornata è documentazione ricostruita; quella scritta subito è un dato.

2.3 La ricerca bibliografica essenziale

Ogni scelta progettuale va giustificata, e la giustificazione più solida è la letteratura scientifica. Per un progetto non ti serve una **raccolta sistematica**

da tesi di dottorato: ti servono le evidenze principali sull'efficacia della musicoterapia per la popolazione con cui lavorerai, da citare nell'analisi dei bisogni e nella metodologia.

Gli strumenti di partenza sono pochi e gratuiti. PubMed è il database di riferimento per la letteratura biomedica; Google Scholar permette una scansione ampia e interdisciplinare; le revisioni della Cochrane Library (l'organizzazione internazionale che produce le sintesi di evidenze più autorevoli in medicina) sono il punto di partenza migliore quando esistono per il tuo ambito, perché riassumono decine di studi con criteri rigorosi. Per la letteratura italiana di musicoterapia esiste il database Musicoterapiascritta.it; per l'aggiornamento sulle neuroscienze della musica è utile la rassegna Neuromusic News della Fondazione Mariani.

Per **organizzare** ciò che trovi, abituati fin da studente a un gestore bibliografico, un programma che archivia gli articoli, ne recupera automaticamente i metadati e genera le citazioni nel formato richiesto. Zotero è gratuito e più che sufficiente; l'alternativa più diffusa è Mendeley.

Citare in modo ordinato — in questo manuale e nei tuoi progetti useremo lo stile APA, settima edizione, lo standard delle scienze sociali e sanitarie — non è pedanteria: è ciò che permette a chi legge di verificare le tue fonti.

Quanto basta? Per un progetto professionale, una bibliografia di dieci-quindici voci pertinenti e recenti, di cui almeno una rassegna sistematica quando esiste, è un segnale di serietà. Cento voci copiate da una tesi sono un segnale opposto.

2.4 Consenso informato, riservatezza, etica

C'è un ultimo aspetto da sistemare prima di progettare, perché condiziona tutto ciò che farai dopo: la cornice etica e di tutela delle persone. Quattro punti vanno presidiati fin d'ora, e poi dichiarati nel progetto scritto.

Il consenso informato. La partecipazione a un intervento di musicoterapia richiede un consenso scritto: della persona, se è in grado di darlo; dei genitori per i minori; dell'amministratore di sostegno o del tutore quando la persona non può decidere per sé. "Informato" significa che il modulo va scritto in linguaggio comprensibile — cosa faremo, quante volte, per quanto tempo, con quali scopi, come saranno trattati i dati — e che firmarlo dev'essere una scelta, non un adempimento. Una buona pratica: prevedi un modulo separato per le **registrazioni audio e video**, perché sono un trattamento diverso e più delicato della semplice partecipazione; chi acconsente alle sedute non ha automaticamente acconsentito a essere filmato.

L'assenso della persona. Dove firma un rappresentante legale, resta comunque la persona: un bambino, un ospite con demenza, un adulto sotto amministrazione di sostegno hanno il diritto di non volere, qui e ora, quello che qualcun altro ha autorizzato per loro. Il rifiuto espresso — con le parole o con il corpo — va rispettato e documentato. Scriverlo nel progetto ("la partecipazione a ogni singola seduta è subordinata all'assenso della persona") è un segnale di qualità che le commissioni etiche e i familiari riconoscono immediatamente.

I dati. Le osservazioni, le scale, le registrazioni sono dati personali, spesso di natura sanitaria, e ricadono nel regolamento europeo sulla protezione dei dati (il GDPR). Per i tuoi progetti bastano poche regole solide: nei report e nei documenti che circolano le persone compaiono con pseudonimi o sigle, mai

con i nomi reali; i materiali si conservano in forma protetta e per un tempo definito; e l'accordo con la struttura chiarisce chi è il titolare del trattamento — quasi sempre la struttura stessa, che ha già un responsabile della protezione dei dati da coinvolgere in fase di progetto, non a cose fatte.

L'etica della rappresentazione. C'è infine una forma di rispetto che nessuna norma impone ma che distingue il professionista: il modo in cui racconti le persone nei report, nelle presentazioni, nella disseminazione. Le storie che riporti devono preservare la dignità di chi le ha vissute; il caso che descrivi è una persona che potrebbe, un giorno, leggere quello che hai scritto. È un buon test per ogni frase.

2.5 Dal materiale raccolto al progetto

Alla fine di questa fase hai in mano: una descrizione del sistema (persona, famiglia, struttura, contesto), dati osservativi o documentali sui bisogni, una mappa delle aspettative e delle situazioni critiche, e le evidenze scientifiche principali per la tua popolazione. Questo materiale è il combustibile dei capitoli che seguono: l'analisi del contesto e dei bisogni (capitolo 4) non sarà altro che la sua forma scritta e argomentata.

Capitolo 3

Le parole della progettazione

Questo è il capitolo più importante del manuale, anche se è breve. Quasi tutti i progetti deboli che leggerai — e molti documenti ufficiali di enti pubblici — sono deboli perché usano in modo intercambiabile parole che non sono sinonimi: finalità, obiettivi, risultati, attività, impatto. Fissiamo qui **il vocabolario**, una volta per tutte; nel resto del manuale ogni termine sarà usato sempre e solo nel significato definito in questo capitolo.

3.1 La chiave: chi cambia, e in quanto tempo

Per distinguere questi concetti basta farsi sempre due domande: di chi stiamo parlando? E in quanto tempo? Man mano che si scende dalla finalità verso le attività, il soggetto si avvicina (dalla società al singolo utente), il tempo si accorcia (dal lungo periodo alla fine del progetto) e la misurabilità aumenta.

La finalità è il cambiamento più grande e lontano a cui il tuo progetto contribuisce, ma che non può produrre da solo. Riguarda la comunità, il sistema, la società. Esempio: “Migliorare la qualità di vita delle persone con demenza nella comunità locale”. Nessun progetto la raggiunge da solo; il tuo ci contribuisce. Errore tipico dello studente: scrivere la finalità come se fosse un traguardo verificabile del progetto. Non prometterla mai come risultato.

L’obiettivo generale è il cambiamento principale che il progetto vuole produrre al suo termine nei beneficiari diretti. Esempio: “Ridurre i disturbi comportamentali negli ospiti del nucleo demenze della RSA”. È ancora ampio, ma è già tuo: è ciò che il tuo intervento punta a produrre in quelle persone specifiche.

Gli obiettivi specifici sono le trasformazioni concrete e misurabili che il progetto produce durante o al termine dell’intervento. Ogni obiettivo specifico è una componente dell’obiettivo generale e deve essere verificabile con dati. Esempio: “Ridurre del 30% la frequenza degli episodi di agitazione, misurati con una scala validata, entro 12 settimane dall’avvio”. Nota la differenza: c’è un numero, uno strumento di misura, un tempo. Un progetto ha da uno a tre o quattro obiettivi specifici; se ne hai di più, probabilmente stai cercando di fare troppo.

Le attività sono il lavoro che realizzi: le sedute, gli incontri con l’équipe, le osservazioni, la formazione del personale. Indispensabili, ma non sono ancora un risultato.

I prodotti — in inglese output, termine che incontrerai in ogni bando — sono ciò che le attività generano di tangibile e contabile: 48 sedute erogate, 12 partecipanti coinvolti, un report consegnato, 4 incontri di formazione realizzati.

Sono la cosa più facile da misurare e, purtroppo, la meno importante: fare 48 sedute non significa che qualcosa sia migliorato. Un progetto valutato solo sui prodotti è un progetto debole. Questa è la trappola in cui cadono molti professionisti e molti finanziatori distratti: confondere il fare con il cambiare.

I risultati — in inglese outcome — sono i cambiamenti reali prodotti nelle persone grazie alle attività. Sono il cuore del progetto e il banco di prova del tuo lavoro. Si distinguono in risultati di breve termine (osservabili durante o subito dopo il progetto: “i partecipanti mostrano una riduzione visibile dell’agitazione dopo le sedute”) e di medio termine (che si consolidano nelle settimane successive: “gli episodi settimanali di agitazione sono diminuiti del 30% rispetto alla baseline”). La differenza tra prodotti e risultati è la differenza tra “ho suonato con Marco per sei mesi” e “Marco ha imparato ad aspettare il proprio turno nell’improvvisazione, e lo fa anche a scuola”.

L’impatto è il cambiamento ampio e duraturo che resta dopo la fine dell’intervento e va oltre i beneficiari diretti. Esempio: “A un anno dalla fine del progetto, la RSA ha integrato la musicoterapia nel piano assistenziale standard, riducendo stabilmente il ricorso alla contenzione farmacologica”. L’impatto si valuta solo con verifiche a distanza (il follow-up, la rilevazione di controllo dopo la fine dell’intervento); nei progetti brevi e nel tirocinio non ti verrà quasi mai chiesto di misurarlo.

3.2 La metafora del ponte

Immagina un fiume da attraversare. Sull’altra sponda c’è un villaggio che soffre: gli abitanti hanno bisogno di cura, di connessione, di qualità di vita. La finalità è il benessere di quel villaggio: un orizzonte grande, che non dipende solo da te, ma verso cui il tuo lavoro punta.

Tu sei chi costruisce il ponte. L’obiettivo generale è il ponte completato: il cambiamento principale che il progetto vuole rendere possibile per quelle persone. Gli obiettivi specifici sono i pilastri: ciascuno in un punto preciso e calcolato del fiume, con una data di posa. Se un pilastro è vago o mal posizionato, il ponte oscilla. Le attività sono il cantiere quotidiano: i materiali, i colpi di martello, le ore di lavoro. I prodotti sono ciò che esce dal cantiere e si può contare e fotografare: le travi posate, i metri completati — ma dieci travi posate non dicono ancora che qualcuno stia attraversando. I risultati sono il momento in cui le persone del villaggio cominciano davvero ad attraversare: prima timidamente, una alla volta (breve termine), poi con fiducia, in gruppo (medio termine). L’impatto è il villaggio mesi o anni dopo: nuove relazioni, nuove abitudini, una comunità che non dipende più da te per attraversare, perché il ponte è diventato parte del paesaggio.

E qui sta il punto che la versione intuitiva della metafora nasconde: non siamo noi ad attraversare il fiume. Il musicoterapeuta resta sulla riva, costruisce, tende la mano. **Il cambiamento appartiene alle persone con cui lavoriamo**; noi creiamo le condizioni perché avvenga.

3.3 La catena del valore

Tutti questi concetti formano una catena logica, dove ogni anello regge il successivo:

attività → prodotti → risultati di breve termine → risultati di medio termine → obiettivi specifici → obiettivo generale → impatto → finalità

Quando scrivi un progetto devi saper percorrere la catena in entrambe le direzioni: dall'alto verso il basso per capire come arriverai alla finalità, dal basso verso l'alto per controllare che ogni anello sia agganciato. Se un anello manca o è debole, il progetto ha un problema logico prima ancora che operativo.

Termine	Domanda a cui Chi riguarda	Quando	Misurabile?
Finalità	Perché questo lavoro ha senso nel mondo? La società, il sistema	Lungo periodo	Difficilmente
Obiettivo generale	Qual è il cambiamento principale che voglio produrre? I beneficiari diretti	A fine progetto	Parzialmente
Obiettivi specifici	Quali cambiamenti concreti e misurabili otterrò? I beneficiari diretti	A fine progetto	Sì
Attività	Cosa farò concretamente? Il musicoterapeuta	Durante	Sì (registro)
Prodotti (output)	Cosa ho erogato e consegnato? Le attività	Durante	Sì, facilmente
Risultati (outcome)	Cosa è cambiato nelle persone? I beneficiari	Durante e dopo	Sì, con indicatori
Impatto	Quale effetto duraturo resta nel sistema? La comunità, il sistema	Dopo, nel tempo	Solo con follow-up

Il consiglio pratico: nel tuo primo progetto concentrati su obiettivi specifici, prodotti e risultati di breve termine. Finalità e impatto danno senso e direzione al lavoro, ma non prometterli mai come esiti verificabili del tuo singolo intervento. La finalità si **dichiara**, l'impatto si **spera**: il risultato si **misura**.

Capitolo 4

Le sezioni del progetto, una per una

Un progetto di musicoterapia, qualunque sia il contesto, si compone di **undici sezioni**. Non tutte sono sempre richieste — un piccolo progetto per un committente privato può accorparne alcune — ma devi conoscerle tutte, perché ognuna risponde a una domanda che il lettore si farà comunque, scritta o no. In questo capitolo le esaminiamo una per una, costruendo passo passo gli esempi sul nostro filo conduttore: un intervento per persone con demenza in RSA.

4.1 Il titolo

Il titolo è la prima impressione e deve dire tre cose: popolazione, contesto, direzione dell'intervento. "Progetto di musicoterapia" non dice nulla; "Note di speranza" è poetico ma incomprensibile a chi non ti conosce. Funziona la formula nome evocativo + sottotitolo descrittivo: "Melodie della memoria. Intervento musicoterapico per la gestione dei disturbi comportamentali nella demenza". Chi legge sa subito di cosa si tratta, e il nome evocativo resta in mente.

L'errore tipico: il titolo solo poetico, senza sottotitolo. Un dirigente che riceve dieci proposte archivia mentalmente "Note di speranza" tra le attività ricreative; "intervento per la gestione dei disturbi comportamentali" entra invece nella categoria mentale degli interventi sanitari. Il titolo decide in quale cassetto verrai messo.

4.2 L'abstract

L'abstract (in italiano: sommario o sintesi) è la mappa in miniatura del progetto: dieci-quindici righe che presentano il problema, i destinatari, la metodologia, la durata e i risultati attesi. Si scrive per ultimo, quando tutto il resto è definito, ma si legge per primo — e spesso è l'unica cosa che un decisore legge per intero. Dedicagli cura: ogni frase deve contenere un'informazione, nessuna frase deve essere decorativa.

L'errore tipico: l'abstract scritto per primo, come dichiarazione di intenti ("la musica è da sempre un linguaggio universale che..."). Si riconosce subito, perché contiene aggettivi al posto dei numeri. Confronta: "il progetto propone attività musicali per migliorare il benessere degli ospiti" contro "48 sedute bisettimanali per 12 ospiti con demenza, con l'obiettivo di ridurre del 40% gli episodi di agitazione misurati con scala validata". La seconda frase vende il progetto; la prima lo rende uguale a tutti gli altri.

4.3 L'analisi del contesto e dei bisogni

È il “perché” del progetto e il suo pilastro argomentativo. Deve rispondere a tre domande in sequenza: in quale contesto andrai a lavorare (la struttura, il territorio, l'organizzazione)? Quali bisogni presenta la popolazione, documentati con dati e non con impressioni? E perché la musicoterapia è una risposta pertinente a quei bisogni, sulla base della letteratura?

Nel nostro filo conduttore: la RSA ha un nucleo dedicato alle demenze; i dati interni documentano una media di 8,7 episodi di agitazione per ospite al mese, un ricorso crescente ai farmaci al bisogno e livelli alti di stress del personale; la letteratura — a partire dalla rassegna sistematica Cochrane di van der Steen e colleghi (2025) — documenta effetti degli interventi musicali sui sintomi depressivi e, con minore certezza, sui disturbi comportamentali complessivi — quelli che in inglese si chiamano BPSD, Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: agitazione, aggressività, vagabondaggio, apatia, disturbi del sonno. Sul singolo bersaglio dell'agitazione quella stessa rassegna sistematica non trova effetti, e conviene saperlo prima di scrivere l'obiettivo: li documentano invece gli studi che individualizzano la musica sulla biografia della persona (Gerdner, 2000; Ridder et al., 2013). E lo stesso vale per la qualità di vita, dove la rassegna sistematica non documenta miglioramenti: se un progetto sceglie di porsi comunque un traguardo su quell'esito — come fa il nostro, con la QoL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease che troverai nel volume 5) — deve dichiararlo per quello che è, un obiettivo ambizioso che la rassegna generale non sostiene, non un risultato atteso. Contesto, bisogno documentato, risposta fondata — e fondata su ciò che la fonte dice davvero, anche quando dice di no: questa è la struttura dell'argomentazione.

Un'avvertenza: i bisogni si descrivono con dati di chi li vive, non con il catalogo di ciò che sai fare. L'analisi dei bisogni che assomiglia a una brochure del musicoterapeuta è il difetto più frequente, e più penalizzato, nei progetti dei principianti.

4.4 I destinatari

Il “per chi”. Distingui sempre i **destinatari diretti** (le persone che parteciperanno alle sedute) dai **destinatari indiretti** (familiari, operatori, compagni di classe: chi beneficia del cambiamento senza partecipare direttamente). Per i destinatari diretti dichiara i **criteri** di inclusione e di esclusione: chi può partecipare, chi no, e perché. Nel nostro caso: dodici ospiti del nucleo, con diagnosi di demenza certificata, presenza di almeno due sintomi comportamentali significativi, capacità di permanenza in gruppo per almeno quindici minuti; esclusi gli ospiti in fase terminale o con aggressività non gestibile in gruppo. I criteri espliciti proteggono te (da inserimenti inappropriati decisi da altri) e le persone (da contesti che non potrebbero abitare).

L'errore tipico: “il progetto è rivolto a tutti gli ospiti della struttura”. Sembra generosità, è una resa progettuale: un gruppo senza criteri è un gruppo che qualcun altro comporrà per te, secondo logiche organizzative (“oggi mandiamo quelli del primo piano”) che non hanno nulla a che vedere con i bisogni. E quando il gruppo è clinicamente ingestibile, il fallimento sarà tuo, non di chi lo ha composto.

4.5 Finalità e obiettivi

Qui applichi il vocabolario del capitolo 3: una finalità dichiarata ma non promessa, un obiettivo generale, due-quattro obiettivi specifici misurabili. Nel nostro caso: la finalità è contribuire alla qualità di vita e alla dignità delle persone con demenza; l'obiettivo generale è ridurre i disturbi comportamentali degli ospiti coinvolti; un obiettivo specifico è “ridurre del 40% gli episodi di agitazione psicomotoria (da 8,7 a circa 5 episodi per ospite al mese) entro sei mesi, misurati con la scala CMAI (l'inventario dell'agitazione di Cohen-Mansfield, lo strumento standard per questo sintomo che troverai nel volume 5) e il registro incidenti settimanale”. Come si scrive un obiettivo fatto così — e come si verifica che sia scritto bene — è il tema dei capitoli 5 e 7.

L'errore tipico: confondere obiettivi e attività. “Realizzare 20 sedute di musicoterapia di gruppo” non è un obiettivo: è un'attività (e il suo compimento è un prodotto). L'obiettivo dice cosa cambierà nelle persone grazie a quelle sedute. Se nella sezione obiettivi compaiono verbi come “realizzare”, “svolgere”, “proporre”, “offrire”, sei quasi certamente scivolato dalle trasformazioni alle prestazioni: riscrivi.

4.6 Metodologia e attività

Il “come”. Questa sezione descrive l'approccio musicoterapico che adatterai e perché (qui dichiarare il tuo orientamento: musicoterapia attiva, recettiva, approcci specifici come la musicoterapia neurologica; la mappa ragionata delle famiglie di pratica è in Bruscia, 2014), la struttura delle sedute (frequenza, durata, formato individuale o di gruppo, struttura interna), le tecniche principali (improvvisazione, canto, ascolto, songwriting — la scrittura di canzoni come processo condiviso con le persone, non solo come composizione del terapeuta: Caneva, 2007) e il setting (lo spazio, gli strumenti, le condizioni ambientali).

Attenzione all'errore opposto a quello dell'analisi dei bisogni: qui non devi spiegare la musicoterapia in generale, devi descrivere il tuo intervento in modo che un lettore competente possa capirlo e, idealmente, replicarlo. “Faremo improvvisazione e ascolto” è troppo poco; il capitolo 7 ti darà uno standard internazionale (il TIDieR) per capire quanto dettaglio serve. Nel nostro caso: 48 sedute di gruppo bisettimanali da 60 minuti per 24 settimane, con struttura in quattro fasi (accoglienza, reminiscenza musicale con repertorio biografico, espressione attiva con improvvisazione guidata, rilassamento e chiusura), in una sala dedicata della RSA, nell'orario pomeridiano che precede le ore critiche per l'agitazione.

Due errori tipici, speculari. Il primo: la lezione di storia della musicoterapia — due pagine su Benenzon, Nordoff-Robbins o il modello GIM (Guided Imagery and Music) prima di arrivare a cosa farai tu; il committente non sta comprando una disciplina, sta comprando il tuo intervento. Il secondo: l'elenco di tecniche senza dosaggio (“improvvisazione, ascolto, canto”) — come una prescrizione che dicesse “antibiotico” senza dire quale, quanto e per quanto tempo. Frequenza, durata, struttura: senza questi tre dati la metodologia non esiste — e il dosaggio non è un dettaglio amministrativo: la relazione fra quantità di trattamento ed esito è documentata da meta-analisi (Gold et al., 2009).

4.7 Il cronoprogramma (Gantt)

Il “quando”. Il cronoprogramma colloca tutte le attività sul calendario: la fase preparatoria (selezione, consensi, valutazioni iniziali), l'intervento, le valutazioni intermedie e finali, il follow-up, e attività trasversali come la formazione del personale o gli incontri con le famiglie. La forma più usata è il diagramma di Gantt (dal nome del suo ideatore: una tabella con le attività in riga e i mesi in colonna, dove ogni cella segnata indica quando l'attività è in corso). Un buon cronoprogramma dimostra che hai pensato anche alla logistica: nel nostro caso, ad esempio, le sedute sono fissate in accordo con i turni del personale, perché un progetto in RSA che ignora i turni è un progetto che non dura sei mesi.

Ecco, in miniatura, il Gantt del nostro filo conduttore (nel progetto reale ogni colonna sarebbe un mese, qui sono raggruppati per leggibilità):

Attività	Mese 1	Mesi 2-4	Mesi 5-7	Mese 10
Selezione, consensi, valutazioni iniziali (T0), repertori	•			
Sedute (48, bisettimanali)		•	•	
Valutazione intermedia (T1) e report		•		
Formazione operatori (4 moduli)	•	•	•	
Incontri con le famiglie		•	•	
Valutazioni finali (T2), report, restituzione			•	
Follow-up				•

L'errore tipico: il cronoprogramma che parte con la prima seduta. La fase preparatoria — consensi da raccogliere, valutazioni iniziali, repertori da costruire, personale da incontrare — richiede realisticamente dalle due alle quattro settimane, e se non è nel calendario verrà mangiata dalle sedute o saltata del tutto (e con lei la baseline, cioè la possibilità stessa di dimostrare i risultati).

Seconda dimenticanza classica: festività, vacanze scolastiche, agosto. Un cronoprogramma di 16 settimane che attraversa dicembre senza accorgersene è un cronoprogramma di 14 settimane che ancora non lo sa.

4.8 Risorse e budget

Il “con cosa”. Il budget elenca in modo trasparente i costi del progetto: il tuo onorario (ore di intervento diretto e ore di preparazione, documentazione, valutazione — anche queste si pagano), la supervisione clinica, i materiali e gli strumenti (compreso un eventuale ammortamento o noleggio dello strumentario tuo), le trasferte, gli oneri previdenziali e fiscali, i costi di valutazione e documentazione. Due indicatori sintetici aiutano il committente a capire: il costo per partecipante e il costo per seduta. Un budget dettagliato non ti rende “caro”: ti rende leggibile, e sposta la discussione dal “quanto costa” al “cosa compriamo”.

L'errore tipico: il prezzo a corpo (“il progetto costa 3.000 euro”) o, peggio, la tariffa che conta solo le ore in seduta. Se per 20 sedute frontali lavori in realtà 35 ore — preparazione, documentazione, valutazioni, incontri — e ne fatturi 20, hai appena regalato il 40% del tuo lavoro e, soprattutto, hai insegnato al

committente che quelle attività non valgono nulla: alla prossima negoziazione partirai da lì. Le ore non frontali si dichiarano, si motivano e si fatturano.

4.9 Valutazione e monitoraggio

La “verifica”. Questa sezione dichiara come saprai se gli obiettivi sono stati raggiunti: quali strumenti userai (scale validate, griglie osservative, questionari, interviste), in quali momenti (prima dell’intervento per la baseline, durante per il monitoraggio, alla fine, e a distanza per il follow-up) e chi raccoglierà i dati. È la sezione che più distingue un progetto professionale da una proposta generica, e le dedichiamo l’intero capitolo 7.

L’errore tipico: il questionario di gradimento come unica misura. Sapere che le persone si sono trovate bene è importante, ma misura la soddisfazione, non il cambiamento: un’attività può essere gradita e inefficace. Se la sezione valutazione contiene solo “verrà somministrato un questionario di soddisfazione finale”, il progetto sta promettendo risultati che non ha alcun modo di vedere.

4.10 La bibliografia

La solidità scientifica. Dieci-quindici voci pertinenti, recenti, citate nel corpo del progetto (una bibliografia mai richiamata nel testo è un ornamento) e formattate in modo coerente in stile APA 7. Le rassegne sistematiche della letteratura prima di tutto, poi gli studi principali sulla tua popolazione, poi gli eventuali riferimenti metodologici e normativi italiani.

L’errore tipico: la bibliografia di formazione invece che di progetto — i manuali generali studiati al biennio, nessuno dei quali riguarda la popolazione del progetto. Un valutatore esperto la legge come un messaggio preciso: “non ho cercato la letteratura su questo problema”. Tre voci pertinenti valgono più di venti voci di catalogo.

4.11 Il profilo professionale

La tua credibilità. In un progetto breve bastano note biografiche di 100-150 parole; per bandi e committenti istituzionali serve il curriculum completo (1-3 pagine). In entrambi i casi, adatta il profilo al progetto: per un contesto sanitario pesano la formazione clinica, l’esperienza in équipe; per la scuola pesano l’esperienza con i minori e le collaborazioni con insegnanti e famiglie. Il profilo deve raccontare una traiettoria coerente, non elencare tutto ciò che hai fatto: in un campo come il nostro, essere riconoscibili per un’area di competenza vale più di una genericità distribuita su tutto.

L’errore tipico: il curriculum fotocopia, identico per la RSA, la scuola e il bando di ricerca. Chi seleziona se ne accorge dal primo paragrafo, perché parla di tutto tranne che del suo contesto. Dieci minuti di riscrittura mirata — spostare in alto le esperienze pertinenti, togliere il rumore — cambiano la prima impressione più di qualunque titolo aggiuntivo.

4.12 Come si tengono insieme

Le undici sezioni non sono un elenco: sono una catena di coerenza. I bisogni giustificano gli obiettivi; gli obiettivi determinano le attività; le attività spiegano il cronoprogramma e il budget; la valutazione torna a misurare esattamente gli obiettivi dichiarati. Quando avrai finito una bozza, rileggila al contrario: ogni strumento di valutazione corrisponde a un obiettivo? Ogni obiettivo risponde a

un bisogno documentato? Ogni costo serve un'attività? Se una di queste corrispondenze manca, il progetto ha una falla logica — e i lettori esperti le vedono al primo sguardo.

Due aggiunte, prima di chiudere, che incontrerai nel capitolo 9 e nei progetti del Quaderno: il frontespizio — sei righe che dicono chi, cosa, dove, quanto a lungo e quanto costa — e la sezione su rischi e piano di continuità, che nei contesti istituzionali è spesso quella che decide il rinnovo. Non figurano tra le undici perché non rispondono a una domanda nuova: il frontespizio condensa ciò che il progetto sviluppa, e i rischi estendono la catena di coerenza di questa pagina a ciò che potrebbe andare storto.

Capitolo 5

La bussola degli strumenti

Quando dalla progettazione “artigianale” passerai ai bandi, ai finanziamenti pubblici e ai contesti istituzionali, incontrerai quattro nomi che tornano ovunque: Teoria del Cambiamento, Quadro Logico, obiettivi SMART, Gestione Basata sui Risultati. L’equivoco più comune è pensare che siano la stessa cosa presentata in modi diversi, o che vadano usati tutti insieme ogni volta. Non è così: ognuno risponde a una domanda diversa e si usa in un momento diverso. Questo capitolo è la bussola; nessuno dei quattro merita un trattato, tutti meritano di essere capiti.

5.1 Quattro strumenti, quattro domande

La Teoria del Cambiamento (in inglese Theory of Change, formalizzata da Weiss, 1995) risponde alla domanda: perché penso che quello che faccio funzionerà? È uno **strumento di pensiero** prima che di scrittura: ti chiede di esplicitare la catena logica “se... allora” che collega le tue attività al cambiamento atteso, comprese le condizioni necessarie a ogni passaggio. Nel nostro filo conduttore: l’agitazione nelle demenze nasce anche da un deficit di stimolazione significativa e dalla perdita dell’identità narrativa; la musica biograficamente rilevante riattiva memorie preservate; questo produce regolazione emotiva; la regolazione riduce i sintomi comportamentali — a condizione che le sedute siano regolari, il repertorio davvero personale e il personale coinvolto. Quella catena, scritta in modo esplicito, è la tua Teoria del Cambiamento, ed è ciò che rende credibile l’analisi dei bisogni. Si usa all’inizio, in fase ideativa, ed è particolarmente preziosa per progetti innovativi, bandi competitivi e ricerca.

Il Quadro Logico (in inglese Logical Framework, spesso abbreviato in LFA, Logical Framework Approach) risponde alla domanda: come organizzo e presento il progetto in modo chiaro e completo? È **una tabella** a quattro righe — obiettivo generale, obiettivo specifico, risultati attesi, attività — e quattro colonne: descrizione, indicatori, fonti di verifica, condizioni e rischi. Prende la Teoria del Cambiamento, che è narrativa e fluida, e la irrigidisce in una struttura formale e verificabile. È lo strumento più richiesto nella progettazione sociale e sanitaria italiana ed europea: molti bandi te lo chiederanno letteralmente come allegato. Anche quando non è richiesto, la sua logica deve guidarti: le attività producono davvero i risultati promessi? I risultati portano davvero all’obiettivo specifico? Se una connessione è debole, il problema è strutturale, non di forma.

Gli obiettivi SMART rispondono alla domanda: questo obiettivo è scritto bene? L'acronimo nasce nel management con Doran (1981), che lo scioglieva in Specific, Measurable, Assignable — di chi è la responsabilità —, Realistic e Time-related. La lettura oggi corrente, ed è quella che useremo, sposta due lettere: Specifico (riguarda un aspetto preciso, non generico), Misurabile (con conteggi, scale o percentuali), Achievable cioè raggiungibile (realistico rispetto alla letteratura e al contesto), Rilevante (cambia qualcosa che conta nella vita delle persone) e Temporalmente definito (con una scadenza). SMART non è un metodo di progettazione: è un **criterio di qualità** che applichi agli obiettivi dentro qualunque altro strumento. “Migliorare la comunicazione” non passa il test; “entro 12 settimane, il 70% dei partecipanti userà spontaneamente almeno un gesto comunicativo intenzionale in contesto musicale, rilevato con griglia osservativa settimanale” lo passa. Si usa sempre.

La Gestione Basata sui Risultati (in inglese Results-Based Management, RBM) risponde alla domanda: il progetto sta producendo cambiamenti reali, oltre che attività? Non è una tabella ma una **filosofia di gestione** che accompagna tutto il ciclo del progetto: ti chiede di definire fin dall'inizio i risultati attesi per i beneficiari (non solo le attività da svolgere), di monitorare strada facendo e di rendicontare alla fine i cambiamenti, non le ore erogate. Il suo cuore è la distinzione del capitolo 3 tra prodotti e risultati: “abbiamo erogato 200 ore di musicoterapia” non è ancora un risultato. In pratica, il Quadro Logico è spesso lo strumento operativo con cui un approccio di Gestione Basata sui Risultati prende forma scritta.

5.2 Il Quadro Logico all'opera

Per togliere astrattezza, ecco il Quadro Logico del nostro filo conduttore, in versione semplificata. Leggilo per righe (la logica dell'intervento, dal generale alle attività) e poi per colonne (per ogni riga: come la misuro, dove trovo i dati, cosa deve restare vero perché funzioni).

	Descrizione	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni e rischi
Obiettivo generale	Ridurre i disturbi comportamentali degli ospiti del nucleo demenze	Punteggio CMAI; episodi registrati	Scale a T0/T1/T2; registro incidenti	Stabilità clinica e farmacologica degli ospiti
Obiettivo specifico	-40% episodi di agitazione per ospite/mese entro 6 mesi	Da 8,7 a 5,2 episodi/ospite/mese	Registro incidenti settimanale; CMAI	Continuità di partecipazione alle sedute
Risultati attesi	Partecipazione attiva e regolazione emotiva durante e dopo le sedute	Scala di partecipazione >3,5/5; riduzione episodi post-seduta	Griglia osservativa per seduta; diario clinico	Repertorio biografico accurato; setting stabile
Attività	48 sedute di gruppo bisettimanali; formazione operatori; incontri famiglie	Sedute erogate; presenze; moduli realizzati	Calendario firme; verbali	Spazi e orari garantiti; turni compatibili

Nota come la tabella ti costringe all'onestà: l'ultima colonna dichiara le condizioni fuori dal tuo controllo (la stabilità farmacologica, i turni), cioè esattamente le cose che, se taciute, ti verranno imputate quando qualcosa andrà storto.

Un'avvertenza terminologica, perché ti eviterà confusione quando leggerai i bandi. Nella tradizione classica del Quadro Logico (quella dei manuali della Commissione Europea) la riga “risultati attesi” indica i prodotti delle attività, cioè quelli che nel capitolo 3 abbiamo chiamato output. Nella tradizione più recente della Gestione Basata sui Risultati (quella di OCSE e Nazioni Unite, ormai standard nei bandi europei) “risultati” è invece la categoria che comprende i cambiamenti nelle persone e nei sistemi: gli outcome e l'impatto.

Questo manuale adotta la seconda convenzione — risultati = cambiamenti nelle persone — perché è quella verso cui converge la progettazione contemporanea; ma quando un bando ti chiede i “risultati attesi”, controlla sempre dal contesto quale delle due tradizioni sta usando. Saperle distinguere è già un livello di competenza che pochi proponenti hanno.

5.3 La tabella di orientamento

Strumento	Domanda a cui risponde	Quando si usa	A chi serve
Teoria del Cambiamento	Perché penso che funzionerà?	All'inizio, in fase ideativa	Committenti, équipe, ricerca
Quadro Logico	Come lo strutturo formalmente?	Alla stesura	Enti finanziatori, bandi, aziende sanitarie
Obiettivi SMART	Gli obiettivi sono scritti bene?	Sempre, come filtro	Te stesso, i valutatori
Gestione Basata sui Risultati	Stiamo producendo risultati reali?	Durante e dopo	Monitoraggio, rendicontazione

5.4 Dove entrano nelle sezioni del progetto

Questi strumenti non sostituiscono le undici sezioni del capitolo 4: vanno dentro di esse, come lenti. Quando scrivi l'analisi del contesto e dei bisogni, lavora la **Teoria del Cambiamento**: la catena “se... allora” è la tua argomentazione. Quando scrivi gli obiettivi, applica il filtro **SMART** a ciascuno. Quando costruisci l'impianto complessivo — obiettivi, attività, risultati — usa la logica del **Quadro Logico** per controllare le connessioni, e compila la tabella formale se il committente la richiede. Quando scrivi la sezione valutazione e monitoraggio, adotta la prospettiva della **Gestione Basata sui Risultati**: dichiara quali risultati misurerai nelle persone, non solo quali attività renderai.

5.5 Il consiglio per il primo progetto

Per il progetto di tirocinio e per i primi progetti professionali non ti serve tutto questo armamentario al completo. Tre cose bastano: chiarisci la tua catena di cambiamento (anche solo a parole), verifica che ogni obiettivo sia SMART e usa la logica del Quadro Logico come controllo di coerenza, anche senza compilare la tabella. La Teoria del Cambiamento formalizzata e la Gestione Basata sui Risultati diventeranno indispensabili man mano che i progetti cresceranno in complessità, durata e peso istituzionale.

Capitolo 6

Le persone intorno al progetto

Un progetto non vive nel documento: vive in un'organizzazione fatta di persone con interessi, poteri e timori diversi. Puoi scrivere il progetto tecnicamente più solido del mondo e vederlo fallire perché la caposala non era stata coinvolta, o perché un genitore influente ha remato contro, o perché il custode che apre la sala il martedì non sapeva nulla di te. Questo capitolo ti insegna a mappare le persone intorno al progetto e a costruire, per ciascuna, una strategia di relazione.

6.1 Chi sono i portatori di interesse

Si chiamano portatori di interesse (in inglese stakeholder, termine che troverai in ogni bando) tutte le persone e organizzazioni che possono influenzare il progetto o che ne sono influenzate. In un progetto in RSA, per esempio: il direttore sanitario e quello amministrativo, la coordinatrice del nucleo, il geriatra e la psicologa dell'équipe, gli operatori sociosanitari dei vari turni, gli ospiti, le famiglie, gli ospiti degli altri nuclei (che vedono “qualcosa che loro non hanno”), perfino il personale delle pulizie che deve rientrare in sala dopo le sedute. In una scuola: dirigente, insegnanti di classe, insegnanti di sostegno, famiglie, collaboratori scolastici, e i compagni dei bambini coinvolti.

L'errore del principiante è progettare pensando solo a due categorie: i destinatari e chi firma. In mezzo c'è la fascia che decide, ogni giorno e in silenzio, se il tuo progetto vivrà bene o male.

6.2 La matrice potere/interesse

Lo strumento classico per orientarsi è una matrice a due dimensioni: quanto potere ha questa persona sul progetto (può autorizzarlo, bloccarlo, ostacolarlo?) e quanto interesse ha verso di esso (quanto la riguarda nel quotidiano?). Incrociando le due dimensioni ottieni **quattro strategie**.

Chi ha alto potere e alto interesse va gestito attivamente: è il tuo interlocutore principale, da coinvolgere nelle decisioni e aggiornare con regolarità. Nel nostro filo conduttore: il direttore sanitario e la coordinatrice del nucleo. **Chi ha alto potere ma basso interesse** va tenuto soddisfatto: non vuole essere coinvolto nei dettagli, ma non deve mai avere sorprese — il direttore amministrativo che scopre a consuntivo un costo non previsto diventa un nemico del progetto. **Chi ha alto interesse ma basso potere** va tenuto informato e valorizzato: gli operatori del nucleo, le famiglie. Sono loro che vivono gli effetti del progetto ogni giorno; il loro entusiasmo è il tuo migliore alleato, la loro diffidenza il tuo peggior sabotaggio. **Chi ha basso potere e basso interesse** va semplicemente monitorato, con una comunicazione trasparente che prevenga malintesi.

6.3 Il piano di comunicazione

Per i portatori di interesse principali, decidi in fase di progetto: cosa comunicare, quando, come e chi lo fa. Al direttore sanitario interessano i dati di esito e l'impatto organizzativo: un report sintetico mensile o trimestrale, con numeri. Alle famiglie interessano i progressi delle loro persone e i momenti significativi: un incontro periodico, una restituzione calda e concreta. Agli operatori interessa ciò che possono usare: tecniche semplici da portare nella routine, riconoscimento del loro contributo, formazione. Non è piaggeria: è la consapevolezza che ogni gruppo legge il progetto da una posizione diversa, e ha diritto a una comunicazione pensata per quella posizione.

Una testimonianza dal campo, che vale più della teoria. Una musicoterapeuta racconta: dopo tre mesi di lavoro impeccabile in una RSA, la caposala la fermò in corridoio: "Le sue sedute sono belle, ma ogni venerdì mi lascia un ospite agitato proprio al cambio turno, e il turno serale non riesce più a gestirlo". Non l'aveva considerato. Da quel giorno il suo cronoprogramma non fu più "quando posso", ma "quando il reparto può assorbire gli effetti di coda delle sedute". Un progetto che ignora i turni, gli orari, le routine di chi lavora nel contesto è un progetto che non arriverà a fine semestre, per quanto sia clinicamente fondato.

6.4 Quando le cose si complicano

Due situazioni ricorrenti meritano una strategia. **La prima:** il portatore di interesse potente e ostile — il primario scettico, l'insegnante che vive il tuo progetto come un'invasione. La risposta non è evitarlo ma andarlo a cercare presto, chiedere il suo punto di vista, dargli un ruolo (anche solo consultivo) e dati da valutare: l'ostilità si nutre di **esclusione** molto più che di disaccordo. **La seconda:** le aspettative che crescono durante il progetto ("visto che funziona, può prendere anche il nucleo B? può fare anche il sabato?"). La risposta è il progetto stesso: si torna al documento, si mostra cosa era previsto, e si propone — se davvero ci sono le condizioni — una estensione formalizzata, con nuovi obiettivi e nuovo budget. Il documento scritto è il tuo **confine professionale**: usalo.

6.5 Nel progetto scritto

Nei progetti semplici questa analisi resta un tuo strumento di lavoro e non entra nel documento. Nei progetti complessi o nei bandi, una sezione breve ("attori coinvolti e piano di comunicazione") che identifica i portatori di interesse principali e dichiara come saranno coinvolti e informati è un segnale di maturità progettuale che pochi candidati danno — e i valutatori lo notano.

Capitolo 7

Misurare il cambiamento

“I partecipanti stanno meglio” non è un **risultato**: è un’**impressione**. “Gli episodi settimanali di agitazione sono diminuiti del 40% rispetto alla baseline, secondo la scala CMAI compilata dagli operatori” è un risultato. Questo capitolo ti insegna a costruire la seconda frase: con quali indicatori, raccolti quando, da chi, e con quali strumenti. È il capitolo che trasforma un **progetto simpatico** in un **progetto difendibile**. (Ed è la sinossi di un volume intero della collana, “Valutare in musicoterapia”, a cui rimandare ogni approfondimento: qui c’è ciò che serve per scrivere il progetto.)

7.1 Gli indicatori

Un indicatore è il segnale concreto e osservabile con cui decidi se un obiettivo è stato raggiunto. Per costruirlo hai tre strategie, spesso combinate.

Il conteggio diretto: numero di episodi, durata in minuti, frequenza di un comportamento (“attenzione continuativa da 8-12 a 20 minuti”).

Le scale standardizzate: strumenti validati scientificamente che traducono un costrutto complesso in un punteggio — per l’agitazione nella demenza la CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, l’inventario dell’agitazione di Cohen-Mansfield; Cohen-Mansfield et al., 1989), per la qualità di vita nella malattia di Alzheimer la QoL-AD, e così via (l’appendice D elenca le principali per ambito ed il volume 5 “Gli strumenti degli altri” le approfondisce).

Le proporzioni: quota di partecipanti che raggiunge un criterio (“il 70% dei partecipanti mostrerà...”).

Il test di qualità di un indicatore è la **falsificabilità**: deve poter dare torto alle tue aspettative. “Migliorare il benessere” non è falsificabile — nessun dato potrà mai smentirlo — e quindi non dimostra nulla. Se un esito non può fallire, non è un indicatore: è uno **slogan**.

Per dare concretezza, ecco come lo stesso lavoro di costruzione produce indicatori in tre popolazioni diverse.

Nella demenza: “riduzione del 40% degli episodi mensili di agitazione per ospite, misurati con la scala CMAI e il registro incidenti, entro 6 mesi”.

Con bambini con difficoltà attentive: “entro le 15 sedute settimanali del progetto, almeno 5 dei 6 bambini aumenteranno il tempo di attenzione continuativa nelle attività strutturate da 8-12 a 18-20 minuti, misurato con griglia osservativa settimanale”.

Con un bambino con disturbo dello spettro autistico: “entro 10 mesi, comparsa di almeno 5 gesti comunicativi intenzionali per seduta (baseline: 0), rilevati da videoanalisi di un campione di sedute”.

Nota cosa hanno in comune: un comportamento preciso, un numero di partenza e uno di arrivo, uno strumento, una scadenza.

Due avvertenze.

La prima riguarda il **realismo**: l'ampiezza del cambiamento che prometti deve essere coerente con la letteratura. Le rassegne della letteratura sull'efficacia della musicoterapia nella demenza documentano riduzioni dei sintomi comportamentali reali ma **moderate**: promettere un dimezzamento in otto settimane significa prepararsi a fallire per iscritto.

La seconda riguarda la **rilevanza**: misura ciò che conta per la vita delle persone, non ciò che è comodo misurare. Che un ospite ricordi i titoli delle canzoni è facile da contare ma cambia poco; che l'agitazione serale si riduca cambia la sua giornata e quella di chi lo assiste.

7.2 La triangolazione

Un dato solo è un'opinione con i numeri. La triangolazione consiste nell'usare almeno due — meglio tre — fonti **indipendenti** per lo stesso risultato: ad esempio la tua griglia osservativa, la scala compilata dagli operatori e l'intervista ai familiari. Quando tre prospettive diverse convergono, il risultato è credibile; quando divergono, hai imparato qualcosa di importante (un miglioramento visibile in seduta che non si trasferisce nel quotidiano è un'informazione clinica preziosa, non un fallimento della misura).

7.3 Il calendario della valutazione

La valutazione non è un evento finale: è un **calendario**. Si indica convenzionalmente con **T0, T1, T2...** (“T” sta per tempo). **T0** è la baseline, la misura iniziale raccolta prima dell'intervento: senza T0 nessun cambiamento è dimostrabile, perché non hai un termine di confronto. Durante l'intervento il monitoraggio (osservazioni a ogni seduta, verifiche leggere ogni poche settimane) ti dice se la rotta è giusta e ti autorizza ad aggiustarla. **T1** è tipicamente la valutazione intermedia, **T2** quella finale con gli stessi strumenti di T0. Il **follow-up**, a distanza di qualche mese, verifica se i cambiamenti si mantengono: nei progetti brevi spesso non è possibile, ma quando lo è distingue un risultato vero da un effetto passeggero.

Nella sezione valutazione del tuo progetto, questo calendario va scritto in forma di tabella: quale strumento, in quale momento, compilato da chi.

7.4 La Scala di Raggiungimento degli Obiettivi (GAS)

Le scale standardizzate hanno un limite: misurano tutti con lo stesso metro, mentre nei nostri contesti il cambiamento significativo è spesso individuale e “su misura”.

La Goal Attainment Scaling (in italiano: scala di raggiungimento degli obiettivi, abbreviata GAS), nata nei servizi di salute mentale di comunità e oggi diffusa soprattutto in riabilitazione (Kiresuk & Sherman, 1968; Turner-Stokes, 2009), risolve questo problema costruendo, per ogni persona, una **scala personalizzata** a cinque livelli intorno a un obiettivo concordato.

Si lavora così. Si sceglie un'area-obiettivo rilevante per quella persona; si descrive il livello 0, cioè il risultato realisticamente atteso a fine percorso; poi i livelli +1 (meglio del previsto) e +2 (molto meglio), e i livelli -1 (sotto le attese, spesso vicino alla situazione di partenza) e -2 (peggio della partenza). Ogni livello dev'essere descritto con comportamenti **osservabili**, non con aggettivi.

Un esempio dal nostro filo conduttore. Maria, 84 anni, malattia di Alzheimer in fase moderata; area-obiettivo: comunicazione verbale durante le attività musicali. Livello -2: attenzione alla musica senza vocalizzazioni; sorrisi occasionali. Livello -1: vocalizzazioni melodiche senza parole, in sintonia con la musica; segni di riconoscimento dei brani familiari — è ciò che l'osservazione iniziale ha documentato, ed è lì che la baseline dev'essere descritta. Livello 0 (atteso): parole isolate o brevi frasi di canzoni note; verbalizza emozioni semplici ("bello", "mi piace"). Livello +1: canta almeno due strofe complete; risponde a domande sulla musica con frasi di senso compiuto. Livello +2: propone lei un brano o chiede di cantarne uno; sostiene un breve scambio verbale con un altro partecipante dentro l'attività musicale.

Un secondo esempio, su un'area completamente diversa. Giuseppe, 79 anni, demenza mista con agitazione; area-obiettivo: autoregolazione durante le sedute di gruppo. **Livello -2**: non riesce a restare nel gruppo, abbandona entro 15 minuti o presenta comportamenti che interrompono l'attività. **Livello -1**: agitazione frequente, partecipazione frammentata, ripetuti interventi diretti dell'operatore. **Livello 0 (atteso)**: partecipa per 30-40 minuti con due-tre episodi di irrequietezza gestibili, senza abbandonare l'attività. **Livello +1**: resta calmo per 45-50 minuti, al massimo un episodio lieve gestito con la riconduzione musicale. **Livello +2**: partecipa all'intera seduta senza episodi di agitazione e aiuta spontaneamente altri partecipanti. Stessa logica, persona diversa, area diversa: è questa la versatilità che rende la GAS preziosa nei nostri contesti.

I cinque errori da evitare: livelli troppo simili tra loro (la scala non discrimina), livello 0 irrealistico (l'obiettivo atteso dev'essere probabile, non sperato), descrizioni soggettive ("è più serena" invece di comportamenti), troppi obiettivi per persona (uno o due bastano), e compilare la scala dopo aver visto i risultati (la scala si scrive prima, o non vale nulla). Per chi farà ricerca esiste anche una trasformazione statistica dei punteggi GAS (il punteggio T); per i progetti clinici la scala descrittiva è già uno strumento completo.

La GAS ha un beneficio collaterale che la rende preziosa al di là della misura: costruire la scala insieme alla famiglia o all'équipe obbliga tutti a concordare prima cosa sarebbe un successo. Molti conflitti sulle aspettative si dissolvono in quel momento.

7.5 Due standard da conoscere: ICF e TIDieR

Chiudiamo con due strumenti internazionali che non devi padroneggiare subito, ma che devi saper riconoscere e citare.

L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è il linguaggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere il funzionamento umano (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2001/2002). Guarda la persona su **quattro** piani:

- le funzioni e strutture corporee (memoria, attenzione, funzioni emotive),

- le attività (cosa la persona riesce a fare),
- la partecipazione (come prende parte alla vita sociale) e
- i fattori ambientali (ciò che nel contesto facilita od ostacola).

Ogni piano ha codici alfanumerici: b152 indica le funzioni emotive, d710 le interazioni interpersonali semplici.

Perché ti riguarda: è il linguaggio comune delle équipes multidisciplinari e dei documenti scolastici e sociosanitari italiani; se nel progetto indichi che il tuo intervento ha come bersaglio b152 e d710, il medico, lo psicologo e l'insegnante di sostegno capiscono esattamente di cosa parli, e il tuo progetto entra nel loro sistema invece di restargli accanto. Per i tuoi primi progetti è sufficiente saper indicare i domini ICF su cui l'intervento agisce.

Il TIDieR (Template for Intervention Description and Replication: modello per la descrizione e la replicazione degli interventi) è una lista di controllo internazionale (Hoffmann et al., 2014) che elenca le **dodici** informazioni necessarie perché un intervento sia replicabile: nome; razionale (perché dovrebbe funzionare); materiali; procedure (cosa accade, passo per passo); chi lo eroga e con quali qualifiche; come (formato, individuale o gruppo); dove; quando e quanto (frequenza, durata, dosaggio); personalizzazione prevista; modifiche apportate in corso d'opera; verifica della qualità pianificata e della qualità effettivamente erogata.

Perché ti riguarda: la musicoterapia è spesso accusata di essere una “scatola nera” — non si capisce cosa il terapeuta faccia davvero. Usare il TIDieR come scaletta della tua sezione metodologia è il modo più semplice per non meritare l'accusa: se un collega competente, leggendo la tua metodologia, saprebbe replicare l'intervento, la sezione è scritta bene; altrimenti manca qualcosa, e il TIDieR ti dice cosa.

Capitolo 8

Il tuo primo progetto, passo per passo

Hai il vocabolario (capitolo 3), conosci le sezioni (capitolo 4), hai la bussola degli strumenti (capitoli 5, 6 e 7). Questo capitolo mette tutto in fila: dieci passi, dall'idea al documento consegnato. Non è una ricetta rigida — i passi si intrecciano e si torna spesso indietro — ma è l'ordine logico in cui le decisioni vanno prese.

Passo 1. Preparati con le domande giuste

Prima del primo incontro con il committente, studia ciò che è pubblico: il sito della struttura, la carta dei servizi, il piano dell'offerta formativa se è una scuola. Poi prepara le domande del capitolo 2: bisogni percepiti, funzionamento delle persone, storia musicale, situazioni critiche, aspettative, vincoli organizzativi (spazi, orari, turni). E prepara anche le risposte alle domande che faranno a te: funziona? quanto costa? quanto dura? serve la presenza dei familiari? cosa succede se saltiamo una seduta?

Passo 2. Documenta tutto quello che puoi

Durante e dopo l'incontro esplorativo, scrivi. I dati che raccogli ora sono la futura analisi dei bisogni e la futura baseline. Chiedi i numeri dove esistono (quanti episodi di agitazione registra il personale? quante segnalazioni disciplinari in quella classe?) e annota le parole esatte delle persone: le frasi di una caposala o di un'insegnante, riportate nel progetto, valgono quanto una statistica.

Passo 3. Non promettere: rassicura

Nel colloquio ti verrà chiesto, in qualche forma, di garantire risultati. Non farlo mai. La formula professionale è un'altra: la letteratura **documenta** effetti su questa popolazione; il progetto **prevede** obiettivi realistici e strumenti per verificarli; a metà percorso vi mostrerò i dati e decideremo insieme. Stai offrendo una cosa più seria di una promessa: un **processo controllabile**.

Passo 4. Trasforma le informazioni in analisi dei bisogni

Ora scrivi la sezione "analisi del contesto e dei bisogni": il contesto in tre-quattro frasi, i bisogni documentati con i dati raccolti, la letteratura che giustifica la musicoterapia come risposta. Usa la struttura argomentativa del capitolo 4 e, come controllo, la **Teoria del Cambiamento**: sapresti spiegare a voce, in un minuto, perché il tuo intervento dovrebbe produrre il cambiamento atteso in queste persone? Se non sai dirlo, non sai ancora scriverlo.

Passo 5. Scrivi obiettivi SMART

Dall'analisi dei bisogni discendono l'obiettivo generale e due-quattro obiettivi specifici. Per ciascuno, il filtro del capitolo 5: specifico, misurabile, raggiungibile (controlla la letteratura: quanto migliorano davvero questi esiti in questa popolazione?), rilevante, con scadenza. Scrivili e riscrivili: è normale che un buon obiettivo specifico richieda quattro o cinque versioni.

Passo 6. Progetta le attività

Solo ora — non prima — decidi le attività: formato, frequenza, durata, struttura della seduta, tecniche, setting, strumentario. La sequenza logica è obiettivi → attività, **mai il contrario**: se parti dalle attività che ami fare e poi cerchi obiettivi che le giustifichino, il progetto si vede, e si boccia. Usa la lista TIDieR del capitolo 7 come scaletta per la stesura: nome, razionale, materiali, procedure, chi, come, dove, quando e quanto, personalizzazione.

Passo 7. Pianifica la valutazione

Per ogni obiettivo specifico, decidi: indicatore, strumento, calendario (T0, monitoraggio, T2, eventuale follow-up), responsabile della raccolta. Aggiungi una fonte qualitativa (diario clinico, interviste) per dare carne ai numeri. Se per una persona il cambiamento atteso è molto individuale, costruisci una scala GAS. Controlla la corrispondenza uno-a-uno: ogni obiettivo ha la sua misura, ogni misura il suo obiettivo.

Passo 8. Calcola il budget

Conta **tutte** le ore: intervento diretto, preparazione, documentazione, valutazione, incontri con équipe e famiglie, stesura del report finale. Applica una tariffa oraria professionale e dichiarala. Aggiungi supervisione, materiali, trasferte, oneri. Calcola costo per partecipante e costo per seduta. Se il totale supera le possibilità del committente, riduci il perimetro del progetto (meno destinatari, durata minore), non il prezzo del tuo lavoro: un progetto più piccolo fatto bene vale più di un progetto grande sottopagato e insostenibile.

Passo 9. Costruisci il cronoprogramma

Distribuisci sul calendario: fase preparatoria (consensi, valutazioni iniziali, playlist o repertori personalizzati), intervento, valutazione intermedia, valutazione finale, restituzione, follow-up. Verifica la compatibilità con i ritmi del contesto: turni, orari scolastici, festività, estate — e con le persone che quei ritmi li vivono, secondo la mappa del capitolo 6. Disegna il Gantt: una pagina, leggibile.

Passo 10. Assembla il documento

Componi le undici sezioni nell'ordine del capitolo 4, scrivi per ultimo l'abstract, aggiungi bibliografia e profilo professionale. Poi fai **tre revisioni** distinte: una di **coerenza** (la catena bisogni-obiettivi-attività-valutazione regge? le cifre di budget e cronoprogramma coincidono con il testo?), una di **leggibilità** (un dirigente non musicoterapeuta capirebbe ogni frase? le sigle sono spiegate?), una di **forma** (refusi, formattazione, numerazione). Se puoi, fai leggere la bozza a una persona esterna al settore: dove si ferma lei, si fermerà il committente.

L'errore più frequente di tutti

Una avvertenza finale, perché ricorre in quasi tutti i primi progetti: la **sproporzione**. Venti pagine di analisi del contesto e mezza pagina di valutazione; oppure obiettivi ambiziosissimi e un budget da venti ore totali. Le sezioni di un progetto si tengono in equilibrio come le sezioni di una forma musicale: se una cresce a dismisura, le altre stonano. Quando hai finito, guarda l'indice del tuo progetto e chiediti se le proporzioni raccontano le priorità giuste.

Una nota sull'intelligenza artificiale

Gli strumenti di intelligenza artificiale generativa sono ormai parte del lavoro di scrittura professionale, e useresti male questo manuale fingendo che non esistano. La regola per usarli bene in progettazione è una: l'intelligenza artificiale può aiutarti in tutto ciò che è **forma**, e non può sostituirti in nulla che sia **sostanza**. Può riformulare un'analisi dei bisogni prolissa, verificare la coerenza tra obiettivi e valutazione, suggerirti cosa manca rispetto a una lista di controllo, simulare le domande di un direttore sanitario scettico. Non può conoscere le persone che hai osservato, né i dati del contesto, né assumersi la responsabilità di un obiettivo clinico: se le chiedi di "scrivere un progetto di musicoterapia per una RSA" otterrai un documento plausibile e vuoto — l'esatto contrario di ciò che questo manuale ti ha insegnato a costruire.

Due cautele non negoziabili: mai inserire dati personali o clinici reali in questi strumenti, e mai citare una fonte bibliografica suggerita dall'intelligenza artificiale senza averla verificata, perché questi sistemi producono con disinvoltura riferimenti inesistenti.

Capitolo 9

Un progetto completo, commentato

Questo capitolo presenta per intero il progetto che hai visto crescere pezzo per pezzo: “Melodie della memoria”. Il testo del progetto è quello che consegneresti al committente; i riquadri in corsivo ti spiegano perché ogni sezione è scritta così. Leggilo due volte: la prima saltando i commenti, come lo leggerebbe un direttore sanitario; la seconda con i commenti, come lo studieresti per l’esame.

Frontespizio

Melodie della memoria. Intervento musicoterapico per la gestione dei disturbi comportamentali e il miglioramento della qualità di vita nelle persone con demenza.

Proponente: dott.ssa Elena Marchetti, musicoterapeuta (norma UNI 11592).
Destinatario: RSA “Casa Serena”, Bergamo. Durata: 6 mesi (24 settimane) più follow-up. Budget complessivo: € 9.950,00.

Il frontespizio dice in sei righe chi, cosa, dove, quanto a lungo e quanto costa. Il titolo segue la formula nome evocativo + sottotitolo descrittivo. Il riferimento alla norma UNI 11592 qualifica subito la proponente nel linguaggio che le strutture sanitarie riconoscono

Abstract

Il progetto propone un intervento di musicoterapia fondato sulle evidenze per 12 ospiti del nucleo demenze della RSA “Casa Serena”, che presentano sintomi comportamentali e psicologici di grado moderato-severo. L’intervento integra musicoterapia recettiva (reminiscenza musicale su repertorio biografico) e attiva (improvvisazione guidata) in 48 sedute di gruppo bisettimanali di 60 minuti. Gli obiettivi: ridurre del 40% gli episodi di agitazione (scala CMAI) e migliorare la qualità di vita percepita (scala QoL-AD). La valutazione prevede misure standardizzate a inizio, metà e fine percorso, scale individualizzate di raggiungimento degli obiettivi (GAS) e triangolazione con osservazioni del personale e interviste ai familiari. Il progetto comprende la formazione degli operatori e il coinvolgimento delle famiglie, per favorire la continuità dei benefici oltre la durata dell’intervento.

Dieci righe, nessuna decorativa: popolazione, bisogno, metodo, dosaggio, obiettivi con numeri e strumenti, impianto valutativo, sostenibilità. Un decisore che legga solo questo sa già tutto l’essenziale — ed è esattamente ciò che farà.

1. Analisi del contesto e dei bisogni

La RSA “Casa Serena” è una struttura accreditata di 120 posti letto, con un nucleo protetto di 24 posti dedicato alle demenze e un'équipe multidisciplinare stabile. In Italia oltre un milione di persone convive con una demenza; nelle strutture residenziali, l'aspetto più critico della gestione quotidiana sono i sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD): agitazione, aggressività, vagabondaggio, apatia, disturbi del sonno, che interessano la grande maggioranza degli ospiti dei nuclei protetti.

I dati interni della struttura (registro incidenti, ultimo trimestre) documentano: 156 episodi di agitazione psicomotoria al mese nel nucleo (media 8,7 sui 18 ospiti mediamente presenti nel trimestre), disturbi del sonno nel 78% degli ospiti, apatia severa nel 61%, un ricorso alle contenzioni superiore alla media regionale e un livello di stress degli operatori oltre la soglia di rischio rilevata dal questionario annuale interno. Le famiglie esprimono una soddisfazione media bassa (5,2/10).

La letteratura indica gli interventi musicali tra le risposte non farmacologiche più promettenti per i BPSD: la rassegna sistematica Cochrane di van der Steen e colleghi (2025) documenta effetti della musicoterapia sui sintomi depressivi e, con minore certezza, sui disturbi comportamentali complessivi; le memorie musicali risultano fra le più preservate nel decorso della malattia (Jacobsen et al., 2015), e la musica biograficamente significativa attiva i sistemi di regolazione emotiva riducendo gli stati di iperattivazione (Koelsch, 2014). Sul bersaglio specifico dell'agitazione, gli studi che individualizzano la musica sulla biografia della persona documentano effetti che le rassegne generali non colgono, sia nell'ascolto individualizzato (Gerdner, 2000) sia nella musicoterapia individuale (Ridder et al., 2013). Il Piano Nazionale Demenze (Ministero della Salute, 2015) e la linea guida NICE sulla demenza (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) raccomandano gli interventi non farmacologici come prima scelta nel trattamento dei BPSD. La musicoterapia non si propone qui come attività ricreativa aggiuntiva, ma come intervento coerente con le raccomandazioni nazionali: un canale espressivo e relazionale che aggira i deficit cognitivi, riattiva le memorie preservate e offre al personale strumenti aggiuntivi di gestione quotidiana.

Osserva la struttura in tre movimenti: contesto (chi è il committente), bisogno (dati interni della struttura: numeri veri, non impressioni), risposta fondata (letteratura citata e cornice normativa). Nota anche la mossa finale: collocare la musicoterapia dentro le raccomandazioni nazionali la trasforma da “extra” a adempimento di indicazioni esistenti. È l'argomento più potente che puoi offrire a un direttore sanitario

2. Destinatari

Destinatari diretti: 12 ospiti del nucleo demenze. Criteri di inclusione: diagnosi di demenza certificata (punteggio tra 10 e 20 al MMSE, il mini esame dello stato)

mentale: compromissione moderata); presenza di almeno due sintomi comportamentali significativi; assenza di deficit uditivi gravi non compensabili; capacità di permanenza in gruppo per almeno 15 minuti; consenso dell'amministratore di sostegno o del familiare di riferimento. Criteri di esclusione: fase terminale di malattia; aggressività fisica non gestibile in setting di gruppo; condizioni psichiatriche maggiori non compensate.

La selezione avviene in quattro fasi: screening clinico (la prima selezione su criteri medici) con geriatra e psicologa; colloquio musicoterapico individuale di 30 minuti; raccolta della storia musicale tramite intervista ai familiari; valutazione collegiale e raccolta dei consensi.

Destinatari indiretti: i familiari (coinvolti in tre incontri e nella raccolta del repertorio biografico), i 12 operatori sociosanitari del nucleo (destinatari di formazione specifica) e, più in generale, il clima del nucleo.

I criteri di inclusione ed esclusione non sono burocrazia: sono la garanzia che il gruppo sia clinicamente abitabile. Nota il processo di selezione in quattro fasi: dichiararlo significa dire all'équipe "deciderete con me, non subirete le mie scelte". E la storia musicale raccolta dalle famiglie non è un dettaglio: è la materia prima dell'intervento

3. I portatori di interesse

Portatore di interesse	Interesse	Potere	Strategia
Direttore sanitario	Alto	Alto	Gestire attivamente: report trimestrali con dati di esito e impatto organizzativo
Coordinatrice del nucleo	Alto	Alto	Gestire attivamente: collaborazione quotidiana, calendario concordato con i turni
Geriatra e psicologa	Medio	Alto	Tenere soddisfatti: condivisione del protocollo e degli esiti in linguaggio clinico
Operatori del nucleo	Alto	Basso	Coinvolgere e formare: tecniche utilizzabili nella routine, riconoscimento del contributo
Famiglie	Alto	Medio	Tenere informate: incontri periodici, restituzioni concrete sui progressi
Direzione amministrativa	Basso	Alto	Nessuna sorpresa: budget chiaro, nessun costo non previsto

È la matrice del capitolo 6, applicata. Sei righe, non una in più: chi ha interesse, quanto potere ha, e che cosa fai di conseguenza. Nota che gli operatori hanno interesse alto e potere basso — sulla carta la casella meno importante, nella realtà quella che decide se il progetto vive, perché sono loro ad aprirti la porta del nucleo ogni mattina. La strategia per loro non è informare: è formare.

4. Finalità e obiettivi

Finalità: contribuire alla qualità di vita e alla preservazione della dignità delle persone con demenza, attraverso interventi non farmacologici fondati sulle evidenze.

Obiettivo generale 1: ridurre i sintomi comportamentali e psicologici degli ospiti coinvolti. Obiettivo specifico 1.1: ridurre del 40% gli episodi di agitazione psicomotoria registrati (da 8,7 a circa 5,2 episodi/ospite/mese) entro i 6 mesi di intervento, misurati con scala CMAI a T0, T1 (3 mesi) e T2 (6 mesi) e registro incidenti settimanale. Obiettivo specifico 1.2: ridurre del 30% gli episodi di vagabondaggio nelle ore pomeridiane entro 4 mesi di intervento, documentati tramite osservazione strutturata del personale.

Obiettivo generale 2: migliorare la qualità di vita percepita. Obiettivo specifico 2.1: aumentare il punteggio medio della scala QoL-AD da 28,3 a 35 punti al termine dei 6 mesi di intervento, compilata dalla persona stessa e, in parallelo, dal caregiver di riferimento. Obiettivo specifico 2.2: aumentare del 50% la durata media di partecipazione attiva alle attività ricreative della struttura (da 12 a 18 minuti) entro 5 mesi di intervento.

Obiettivo generale 3: potenziare le competenze del contesto. Obiettivo specifico 3.1: al termine dei 4 moduli formativi (2 ore ciascuno, replicati sui turni) e comunque entro i 6 mesi di intervento, tutti e 12 gli operatori sociosanitari del nucleo useranno correttamente le tecniche musicali di base nella gestione quotidiana, verificato con la prova pratica finale e documentato dal registro della formazione della struttura. Obiettivo specifico 3.2: entro i 6 mesi di intervento, almeno 9 famiglie su 12 (75%) conducono in autonomia attività di reminiscenza musicale con il proprio familiare, documentate da un diario strutturato.

Ogni obiettivo specifico supera il test SMART: c'è il numero, lo strumento, la scadenza. E nota che sono sei, più dei due-quattro che il capitolo 4 consiglia: qui servono perché i tre obiettivi generali ne chiedono due ciascuno. In un progetto reale è il segnale per fermarsi a chiedersi se non siano due progetti. Nota che la qualità di vita — l'orizzonte del progetto — compare nella finalità come direzione e nell'obiettivo 2.1 come misura (QoL-AD): la stessa espressione, in due righe diverse della catena, con due funzioni diverse. E nota che l'obiettivo 2.1 è il più esposto dei sei: la revisione sistematica Cochrane del capitolo 4 non documenta miglioramenti della qualità di vita, quindi qui il progetto si spinge oltre ciò che la rassegna generale garantisce. È una scelta legittima — un progetto può essere ambizioso — a una condizione: che sia dichiarata, come qui, e non nascosta dietro un numero dall'aria sicura. E nota l'obiettivo generale 3: un progetto che forma il personale e coinvolge le famiglie sta già costruendo la propria continuità.

5. Metodologia e attività

L'intervento integra due approcci complementari: la reminiscenza musicale (ascolto e canto di repertorio biograficamente significativo, ricostruito con le famiglie: brani dell'epoca giovanile, canti tradizionali e regionali, repertorio dell'infanzia) e l'improvvisazione guidata con strumentario semplice

(percussioni a cornice, campanelli diatonici, piccole percussioni), sostenuta armonicamente dalla musicoterapeuta al pianoforte o alla chitarra.

Formato: gruppo semi-aperto di 8-10 partecipanti stabili con 2 posti di rotazione, alla presenza di un operatore del nucleo. **Dosaggio:** 2 sedute settimanali di 60 minuti, a distanza di almeno 72 ore, per 24 settimane (48 sedute), in orario pomeridiano successivo al riposo, scelto per precedere la fascia critica dell'agitazione serale e concordato con i turni del personale.

Ogni seduta segue una struttura in **quattro fasi**: accoglienza e orientamento (10 minuti: canzone di benvenuto personalizzata, orientamento temporale e spaziale); reminiscenza (20 minuti: ascolto guidato e canto corale di brani biografici, con supporto di fotografie e oggetti evocativi); espressione attiva (20 minuti: improvvisazione guidata, dialogo sonoro, valorizzazione dell'iniziativa individuale); rilassamento e chiusura (10 minuti: ascolto recettivo, respirazione, saluto individuale cantato).

Personalizzazione: repertorio individuale per ciascun partecipante; adattamenti per livello cognitivo, mobilità e udito; possibilità di entrata e uscita flessibile dalla seduta. **Qualità:** lista di controllo di fedeltà al protocollo compilata dopo ogni seduta (fasi realizzate, durata, presenze, repertorio utilizzato, documentazione completata).

La musicoterapeuta è qualificata, con formazione specifica sulle demenze e supervisione clinica continuativa per tutta la durata del progetto.

Questa sezione segue, senza dichiararlo, la scaletta TIDieR: razionale, materiali, procedure, chi, come, dove, quando e quanto, personalizzazione, controllo di qualità. Un collega competente potrebbe replicare l'intervento: il test è superato. Nota due scelte: l'orario motivato clinicamente (prima della fascia di agitazione serale) e organizzativamente (concordato con i turni); e la lista di fedeltà al protocollo, che trasforma la frase "lavoreremo con cura" in una procedura verificabile

6. Cronoprogramma

Mese 1: selezione dei partecipanti, consensi, valutazioni iniziali (T0), raccolta delle storie musicali e costruzione dei repertori personalizzati; primo modulo di formazione operatori. **Mesi 2-4:** prima fase dell'intervento (sedute 1-24); monitoraggio continuo; valutazione intermedia (T1) e report alla fine del mese 4; secondo e terzo modulo formativo; primo incontro con le famiglie. **Mesi 5-7:** seconda fase dell'intervento (sedute 25-48); quarto modulo formativo; secondo incontro famiglie. **Mese 7:** valutazioni finali (T2), analisi dei dati, report conclusivo, incontro di restituzione ed evento finale aperto alle famiglie. **Mese 10:** follow-up.

Il cronoprogramma include ciò che i principianti dimenticano: il mese iniziale senza sedute (preparare bene costa tempo) e i momenti di valutazione come attività con un loro spazio, non come adempimenti invisibili. In un progetto reale questa sezione sarebbe accompagnata dal diagramma di Gantt su una pagina.

7. Risorse e budget

Voce	Descrizione	Importo
Musicoterapeuta	48 sedute, conteggiate 2 ore ciascuna tra conduzione, allestimento e documentazione immediata, + 20 ore di preparazione e valutazione (116 ore a € 45)	€ 5.220
Supervisione clinica	9 ore (1,5 ore/mese)	€ 630
Valutazioni individuali iniziali	12 colloqui musicoterapici	€ 405
Formazione operatori	4 moduli di 2 ore + materiali	€ 550
Strumentario e audio	Integrazione dotazione + noleggio amplificazione	€ 1.280
Scale e licenze di valutazione	CMAI, QoL-AD	€ 200
Documentazione e report finale	Analisi dati, stesura, restituzione	€ 900
Incontri con le famiglie	3 incontri + evento finale + materiali	€ 540
Assicurazione e materiali di consumo	—	€ 225
Totale		€ 9.950

Costo per partecipante: € 829. Costo per seduta: € 207. A fronte dell'investimento, la riduzione attesa del ricorso ai farmaci al bisogno e degli episodi critici comporta per la struttura un risparmio stimato superiore al costo del progetto già nel primo anno, oltre ai benefici non monetizzabili su clima del nucleo e soddisfazione delle famiglie.

Tre cose da imparare da questo budget. Primo: le 20 ore non frontali sono dichiarate e pagate — chi non le mette in conto le regala. Secondo: i costi unitari (per partecipante, per seduta) traducono il totale in grandezze che un decisore confronta facilmente con altre voci del suo bilancio. Terzo: l'accento al risparmio atteso parla la lingua del committente; nei contesti sanitari è spesso ciò che fa firmare. Non spingerti però a promettere cifre di risparmio precise se non hai dati per sostenerle

8. Valutazione e monitoraggio

L'impianto valutativo combina quattro fonti. Le scale standardizzate: CMAI per l'agitazione (a T0, T1 a 3 mesi e T2 a 6 mesi di intervento — mesi 4 e 7 di progetto —, compilata dagli operatori formati) e QoL-AD per la qualità di vita (T0 e T2, compilata dalla persona e, in parallelo, dal caregiver); il MMSE a T0 e T2 come quadro cognitivo di sfondo. Le scale GAS individuali: per ogni partecipante, una scala di raggiungimento personalizzata su un'area-obiettivo concordata con

équipe e famiglia (per Maria la comunicazione verbale in contesto musicale, per Giuseppe l'autoregolazione comportamentale durante le sedute, per Anna l'iniziativa e la partecipazione), compilata mensilmente. L'osservazione continua: a ogni seduta il registro della Cartella clinica allegata alla collana — la partecipazione nelle sue quattro aree, con livelli ancorati a comportamenti osservabili (canora e vocale 0-5, strumentale 0-6, verbale 0-4, corporeo-posturale 0-5), la modalità prevalente, il coinvolgimento complessivo da 1 a 5 e il conteggio degli episodi-bersaglio — più diario clinico. Le fonti qualitative: interviste semi-strutturate ai familiari a inizio e fine percorso; episodi significativi documentati.

I dati convergono in due momenti di restituzione: un **report intermedio** a 3 mesi (con eventuale ricalibrazione del protocollo, documentata) e un **report finale** con analisi pre-post, presentato a direzione, équipe e famiglie. Un follow-up a 3 mesi dalla conclusione verifica il mantenimento dei risultati.

Conta le corrispondenze: ogni obiettivo specifico del punto 3 ha qui il suo strumento, il suo calendario e il suo responsabile. C'è la triangolazione (operatori, famiglie, musicoterapeuta, scale). E c'è una promessa di trasparenza — il report intermedio "con eventuale ricalibrazione documentata" — che dice al committente: se qualcosa non funziona, lo saprete da me, a metà strada, non alla fine.

9. Rischi e piano di continuità

Rischi principali e contromisure: partecipazione discontinua (gruppo semi-aperto e adattamento delle attività); peggioramenti cognitivi nel semestre (monitoraggio continuo e adattamento del protocollo, previsto e documentato); avvicendamento del personale (formazione estesa a tutti gli operatori del nucleo, non solo ai presenti in seduta); criticità comportamentali in seduta (protocollo di de-escalation musicale, supporto dell'operatore presente, uscita temporanea con rientro graduale).

Oltre il semestre: il progetto è costruito per lasciare qualcosa. Gli operatori formati possono mantenere attività musicali di base nella routine del nucleo; i repertori biografici restano alla struttura; la proposta per il secondo anno prevede l'integrazione dell'intervento nel piano assistenziale con supervisione musicoterapica mensile.

La sezione rischi non indebolisce il progetto: lo rafforza, perché dimostra che hai già pensato a ciò che il committente teme. E il piano di continuità risponde alla domanda non detta di ogni direzione: "e quando il progetto finisce?". Un progetto che prepara la propria eredità è un progetto che viene rinnovato.

10. Bibliografia

Il progetto si chiude con la bibliografia in stile APA 7: le voci principali sono citate nel testo.

Per la bibliografia vale una regola sola: tutte le voci citate nel progetto, nessuna voce non citata.

11. Profilo professionale

Segue il profilo della proponente: formazione musicoterapica, qualifica UNI 11592, formazione specifica sulle demenze, esperienza in ambito geriatrico, supervisione attiva.

Per il profilo vale la regola del capitolo 4: una pagina, orientata al contesto sanitario, con una traiettoria riconoscibile

Capitolo 10

Dopo la consegna

Il documento è scritto, riletto, consegnato. Il lavoro di progettazione non è finito: comincia la fase in cui il progetto va presentato, spesso negoziato, poi realizzato documentando, e infine chiuso e raccontato. Questo capitolo percorre quel tratto di strada.

10.1 Presentare il progetto

Quasi sempre, dopo la consegna, ti verrà chiesto di presentare il progetto a voce: alla direzione, al collegio docenti, all'équipe. Prepara una presentazione di dieci minuti, non di quaranta: problema, proposta, obiettivi con numeri, cosa chiedi al contesto (spazi, orari, collaborazione), cosa restituirai e quando. Porta una pagina di sintesi da lasciare. E preparati alle **tre domande** che arrivano sempre: **funziona davvero?** (risposta: le evidenze principali, due frasi, e il tuo impianto di verifica); **perché costa così?** (risposta: il costo per seduta e per partecipante, e cosa comprende); **cosa succede se non funziona?** (risposta: il monitoraggio intermedio e la possibilità di ricalibrare o interrompere — è la risposta che genera più fiducia di tutte).

10.2 Negoziare senza snaturare

Il committente che dice “bellissimo, ma abbiamo metà del budget” non sta rifiutando: sta negoziando. La regola l'hai già incontrata nel capitolo 8: si riduce il perimetro, non la qualità né il prezzo del lavoro. Meno partecipanti, una durata minore, un solo gruppo invece di due — e obiettivi ridimensionati di conseguenza, perché un progetto dimezzato che promette i risultati interi è una trappola che scatterà su di te. Ci sono anche riduzioni da rifiutare: tagliare la valutazione (“le misure servono davvero?”) significa tagliare la possibilità di dimostrare il valore del lavoro, cioè il futuro del progetto stesso; meglio un progetto più piccolo e misurato che uno più grande e cieco. Ogni modifica concordata va riportata nel documento, che viene riconsegnato nella versione aggiornata: la versione approvata è il tuo contratto di contenuto.

10.3 Una parola sui bandi

Prima o poi il tuo progetto non andrà a un committente diretto ma a un bando: una fondazione, un ente pubblico, un avviso regionale. Le regole del gioco cambiano in tre punti, e conviene saperlo prima.

Primo: il bando comanda. Lunghezza, sezioni, formulari, allegati, scadenze sono prescritti, e la prima scrematura è formale: progetti eccellenti vengono esclusi per un allegato mancante o un margine di pagina sbagliato. Leggi il bando due volte, la seconda con una lista di adempimenti alla mano, e costruisci il progetto

dentro i suoi moduli — non adattare all'ultimo momento un documento nato per altro.

Secondo: i criteri di valutazione sono pubblicati, con i punteggi. Se il bando assegna 25 punti alla sostenibilità e 10 alla qualità metodologica, la sezione sostenibilità merita una cura proporzionale, per quanto a te sembri meno nobile. I valutatori compilano una griglia: il tuo progetto deve far trovare facilmente le risposte che la griglia cerca, sezione per sezione, possibilmente con le stesse parole chiave del bando.

Terzo: quasi sempre serve una rete. Molti bandi richiedono o premiano il partenariato: un ente capofila (un'associazione, una cooperativa, la struttura stessa), lettere di sostegno, cofinanziamenti. Per il musicoterapeuta singolo questo significa che il lavoro sul bando comincia mesi prima della scadenza, costruendo alleanze — ed è un altro luogo dove la mappa dei portatori di interesse del capitolo 6 torna a servire.

Tutto ciò che questo manuale ti ha insegnato resta valido: il Quadro Logico, gli obiettivi misurabili, il budget trasparente sono esattamente ciò che le commissioni si aspettano di trovare, e che la maggior parte delle proposte non ha.

10.4 Durante: monitorare e documentare le variazioni

In corso d'opera, il progetto vive due vite: quella prevista dal documento e quella reale. Il monitoraggio (capitolo 7) ti dice quanto distano. Quando serve cambiare — un orario, un'attività che non funziona con quel gruppo, un partecipante che esce — cambia, ma documenta: cosa hai modificato, quando, perché. Questa disciplina, che lo standard TIDieR chiama **registrazione delle modifiche**, ha tre benefici: **rende oneste** le conclusioni ("l'intervento realizzato è stato questo, non quello sulla carta"), **protegge te** professionalmente, e **trasforma** ogni scostamento in apprendimento per il progetto successivo.

La valutazione intermedia merita un rito proprio: un breve report al committente a metà percorso, con i primi dati e le eventuali ricalibrature proposte. È il momento che distingue il professionista dal fornitore: stai mostrando i dati prima che ti vengano chiesti.

10.5 Chiudere: il report finale e la restituzione

Il report finale risponde, punto per punto, agli obiettivi dichiarati: per ciascuno, il dato iniziale, il dato finale, il confronto con il traguardo promesso, e un commento onesto — compresi gli obiettivi mancati e le ipotesi sul perché. Un report che dichiara un obiettivo non raggiunto e lo analizza con lucidità è più credibile di un report trionfale, e prepara meglio il rinnovo. Al report si affianca la restituzione alle persone: un incontro con l'équipe, uno con le famiglie, nei registri comunicativi adatti a ciascuno (capitolo 6). Le persone che hanno partecipato al progetto hanno diritto di sapere cosa ha prodotto, in una forma che possano capire e sentire propria.

10.6 Disseminare: il progetto come contributo alla disciplina

Ogni progetto ben documentato è potenzialmente un contributo alla comunità professionale. La disseminazione — la condivisione dei risultati oltre i confini del progetto — può prendere forme progressive: una presentazione a un convegno o a una giornata di studi, un articolo su una rivista professionale italiana, fino alla

pubblicazione su riviste scientifiche internazionali per i progetti con impianto di ricerca. Non è vanità accademica: la musicoterapia italiana **ha bisogno** di dati documentati su popolazioni italiane, e la credibilità collettiva della disciplina si costruisce progetto dopo progetto, report dopo report. Se hai lavorato con il rigore che questo manuale propone — baseline, indicatori, scale, documentazione delle modifiche — il materiale per raccontare il tuo lavoro ce l'hai già: si tratta solo di dargli una forma pubblica.

E qui il **cerchio si chiude**. Il capitolo 1 si apriva con una professionista brava che perse il lavoro perché non poteva dimostrare il valore di ciò che faceva. Tu, arrivato alla fine di questo percorso, ti trovi nella condizione opposta: ogni tuo progetto produce le prove di se stesso. È questa, alla fine, la differenza che la progettazione fa.

Appendice A

Schema di progetto compilabile

Lo schema che segue riprende le undici sezioni del capitolo 4, con le due aggiunte dei progetti reali: il frontespizio e la sezione su rischi e continuità (le hai viste all'opera nel capitolo 9). Per ogni sezione trovi le domande a cui rispondere e un'indicazione di lunghezza per un progetto standard di 8-12 pagine. Usalo come scaletta, non come modulo: le proporzioni vanno adattate al contesto.

Titolo (1 riga + sottotitolo). Nome evocativo + sottotitolo con popolazione, contesto, direzione dell'intervento.

Frontespizio (mezza pagina). Proponente e qualifiche; destinatario; durata; budget totale; data.

Abstract (10-15 righe, da scrivere per ultimo). Problema, destinatari, metodo e dosaggio, obiettivi con numeri, impianto di valutazione, sostenibilità.

1. Analisi del contesto e dei bisogni (1-2 pagine). Chi è il committente e in quale territorio/organizzazione opera? Quali bisogni presenta la popolazione, documentati con quali dati? Quali evidenze giustificano la musicoterapia come risposta? Quale cornice normativa sostiene l'intervento?

2. Destinatari (mezza pagina-1 pagina). Quanti destinatari diretti, con quali criteri di inclusione ed esclusione, selezionati con quale processo? Quali destinatari indiretti?

3. Finalità e obiettivi (1 pagina). Una finalità (dichiarata, non promessa); un obiettivo generale (o due-tre per progetti complessi); per ciascuno, obiettivi specifici SMART: aspetto preciso + misura + strumento + scadenza.

4. Metodologia e attività (1,5-2 pagine, scaletta TIDieR). Approccio e rationale; materiali e strumentario; struttura della seduta, passo per passo; chi eroga, con quali qualifiche; formato; setting; frequenza, durata, dosaggio complessivo; criteri di personalizzazione; controllo di qualità.

5. Cronoprogramma (mezza pagina + Gantt). Fase preparatoria, intervento, valutazioni (T0, T1, T2), restituzioni, follow-up, attività trasversali.

6. Risorse e budget (mezza pagina-1 pagina). Tabella delle voci (ore frontali e non frontali, supervisione, materiali, valutazione, documentazione, oneri); totale; costo per partecipante e per seduta.

7. Valutazione e monitoraggio (1 pagina). Per ogni obiettivo specifico: indicatore, strumento, calendario, responsabile. Fonti qualitative. Momenti di restituzione al committente.

8. Rischi e continuità (mezza pagina). Tre-cinque rischi realistici con contromisure; cosa resta alla struttura dopo la fine del progetto.

9. Bibliografia (10-15 voci, APA 7, tutte citate nel testo).

10. Profilo professionale (mezza pagina-1 pagina, orientato al contesto).

Appendice B

Lista di controllo finale

Prima di consegnare un progetto, verifica ogni punto. Se uno manca, il progetto non è pronto.

Coerenza: ogni obiettivo risponde a un bisogno documentato nell'analisi; ogni attività serve un obiettivo; ogni obiettivo ha il suo strumento di valutazione e il suo momento di misura; le cifre di budget e cronoprogramma coincidono con quanto scritto nel testo.

Obiettivi: ogni obiettivo specifico ha numero, strumento e scadenza; nessun obiettivo è infalsificabile ("migliorare il benessere"); l'ampiezza del cambiamento promesso è coerente con la letteratura; gli obiettivi sono al massimo tre o quattro.

Valutazione: esiste una misura iniziale (baseline) raccolta prima dell'avvio; c'è almeno una scala validata quando esiste per quell'ambito; c'è triangolazione (almeno due-tre fonti indipendenti); è previsto un momento di restituzione intermedia al committente.

Budget: tutte le ore non frontali (preparazione, documentazione, valutazione, report) sono conteggiate; la supervisione è prevista; ci sono costo per partecipante e costo per seduta.

Contesto: il consenso informato è previsto (della persona o di chi la rappresenta); l'intervento è coordinato con i ritmi organizzativi (turni, orari, calendario scolastico); il personale di contatto quotidiano è coinvolto, non solo i decisori; è chiaro cosa resta alla struttura dopo la fine.

Forma: ogni sigla è sciolta alla prima occorrenza; un lettore non musicoterapeuta capirebbe ogni frase; l'abstract è stato scritto per ultimo; il documento è stato riletto da una persona esterna.

Appendice C

Quattro contesti, una struttura

Le schede che seguono mostrano come la stessa struttura progettuale si adatta a quattro contesti diversi dal nostro filo conduttore. Per ciascuna: il bisogno tipico, gli obiettivi caratteristici, le scelte metodologiche distintive, gli strumenti di valutazione d'elezione e l'errore più frequente in quel contesto. I progetti completi corrispondenti a queste schede — con obiettivi, cronoprogramma, budget e impianto di valutazione per esteso — si trovano nel Quaderno dei progetti che accompagna il manuale.

C.1 Scuola primaria: difficoltà di attenzione e autoregolazione

Il bisogno tipico nasce dalle classi con bambini con diagnosi o tratti di disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), dove le difficoltà individuali si intrecciano con il clima dell'intera classe.

I destinatari diretti sono di solito un piccolo gruppo (5-8 bambini), con la classe come beneficiaria indiretta; l'autorizzazione delle famiglie e il coordinamento con le insegnanti sono parte integrante del progetto, non un preliminare.

Obiettivi caratteristici: aumento dei tempi di attenzione sostenuta in attività strutturata (misurati in minuti tramite griglia osservativa), miglioramento del controllo inibitorio (capacità di aspettare il proprio turno nei giochi ritmici), riduzione dei comportamenti che interrompono le attività.

Le scelte metodologiche distintive ruotano attorno a giochi ritmici strutturati con regole musicali di attesa e alternanza, attività di sincronizzazione e improvvisazioni a turni; cicli relativamente brevi (10-15 settimane) agganciati al calendario scolastico.

Valutazione: griglie osservative settimanali, questionari standardizzati per insegnanti e genitori (ad esempio le scale Conners), eventuale scala GAS per i bambini con obiettivi individualizzati.

Numeri orientativi: cicli di 10-15 sedute settimanali dentro l'anno scolastico; budget nell'ordine di poche migliaia di euro, spesso su fondi per l'inclusione o per l'ampliamento dell'offerta formativa.

L'errore più frequente: progettare come se la classe fosse un setting clinico, dimenticando che l'insegnante resta il principale agente di cambiamento — un progetto scolastico che non forma e non coinvolge le insegnanti finisce con la fine delle sedute.

C.2 Riabilitazione neurologica: dopo l'ictus

Il bisogno: persone adulte con esiti di ictus — deficit del cammino, del linguaggio, dell'uso dell'arto superiore — inserite in percorsi riabilitativi ospedalieri o ambulatoriali. Qui la musicoterapia entra in un'équipe a forte

impronta medica e dialoga con fisioterapia e logopedia; il progetto deve parlare il loro linguaggio.

Obiettivi caratteristici: aumento della velocità e regolarità del cammino con la stimolazione ritmica uditiva (in inglese Rhythmic Auditory Stimulation, RAS: l'uso del ritmo come segnale che organizza il movimento, tecnica cardine della musicoterapia neurologica di Thaut); recupero di funzioni del linguaggio con tecniche di intonazione melodica; recupero della motricità fine con esercizi strumentali graduati. Gli obiettivi si misurano con le scale funzionali già in uso nell'équipe (test del cammino, scale di equilibrio e autonomia), integrate dalle osservazioni musicoterapiche.

Numeri orientativi: cicli intensivi di 3-5 sedute settimanali per 4-8 settimane, in coordinamento con il programma riabilitativo; budget variabile a seconda dell'inquadramento (prestazione integrata nel servizio o progetto dedicato).

Le scelte metodologiche distintive: protocolli strutturati e ripetibili, dosaggi precisi, stretta integrazione con il programma riabilitativo.

La cornice di riferimento è la musicoterapia neurologica (Thaut & Hoemberg, 2025) e la letteratura su musica e recupero post-ictus (Särkämö et al., 2008; Magee et al., 2017).

L'errore più frequente: presentare obiettivi relazionali generici dove l'équipe si aspetta obiettivi funzionali misurabili — in questo contesto la precisione del dosaggio e della misura non è un'opzione stilistica, è la condizione di cittadinanza nel reparto.

C.3 Scuola secondaria: benessere e prevenzione

Il bisogno: ansia, isolamento, difficoltà relazionali nella fascia 11-14 anni; qui il progetto non è clinico ma preventivo e di promozione del benessere, spesso multilivello (laboratori per le classi, formazione per i docenti, coinvolgimento delle famiglie).

I destinatari diretti sono classi intere, eventualmente con attenzioni individualizzate per studenti segnalati.

Obiettivi caratteristici: miglioramento del clima di classe e delle competenze socio-emotive (riconoscere ed esprimere emozioni, cooperare), riduzione dei livelli di ansia auto-riferiti, aumento della partecipazione degli studenti più isolati.

Strumenti: questionari standardizzati sul benessere e sulle capacità relazionali, sociogrammi, osservazione strutturata; per gli studenti con obiettivi individuali, scale GAS.

Numeri orientativi: 8-12 incontri per classe in un quadrimestre, più la formazione docenti; budget da definire con l'istituto, spesso su fondi per il benessere e il contrasto alla dispersione.

Le scelte metodologiche distintive: songwriting di gruppo (la scrittura condivisa di canzoni, particolarmente potente in adolescenza perché lavora su identità e appartenenza), improvvisazione, produzione musicale anche digitale; un'estetica vicina ai linguaggi musicali degli adolescenti è condizione di credibilità.

L'errore più frequente: promettere risultati clinici (riduzione di diagnosi, "cura" dell'ansia) in un progetto che è — e deve restare — di promozione del benessere; la differenza va dichiarata con chiarezza anche al committente.

C.4 Salute mentale adulti: percorsi orientati alla recovery

Il bisogno: persone adulte in carico ai servizi di salute mentale, per le quali l'obiettivo non è la remissione dei sintomi (di competenza dell'équipe curante) ma la recovery: il percorso personale di costruzione di una vita significativa con o oltre la malattia — connessione, speranza, identità, senso, potere personale (il modello CHIME di Leamy et al., 2011).

Obiettivi caratteristici: aumento della partecipazione sociale, consolidamento del senso di identità e di efficacia personale, costruzione di reti relazionali.

Strumenti: scale validate di recovery auto-compilate, misure di qualità della vita, interviste narrative.

Le scelte metodologiche distintive: gruppi musicali stabili, songwriting biografico, esperienze di musica d'insieme che culminano in eventi aperti alla comunità — l'orizzonte è quello della musicoterapia di comunità (Stige & Aarø, 2012) e degli approcci orientati alle risorse (Rolvjord, 2010), in cui le persone sono musicisti partecipanti prima che utenti.

Numeri orientativi: gruppi stabili con cicli di 3-6 mesi o percorsi annuali continuativi, a frequenza settimanale, con eventi comunitari periodici; budget concordato con il servizio, tipicamente su progettualità annuale.

L'errore più frequente: misurare la recovery con le scale dei sintomi. Se l'obiettivo è l'empowerment e la partecipazione, gli indicatori devono guardare lì; un progetto orientato alla recovery valutato con scale psichiatriche si contraddice da solo.

Appendice D

Strumenti di valutazione citati

Ambito	Strumento	Cosa misura	Chi lo compila
Demenze	CMAI (Inventario dell'agitazione di Cohen-Mansfield)	Frequenza dei comportamenti agitati	Operatori formati
Demenze	QoL-AD (Logsdon et al., 2002)	Qualità di vita nella malattia di Alzheimer	La persona stessa, e in parallelo il caregiver
Demenze	MMSE (Mini esame dello stato mentale; Folstein et al., 1975)	Quadro cognitivo globale	Psicologo/medico
Demenze	NPI (Inventario neuropsichiatrico)	Ampiezza e gravità dei sintomi comportamentali	Clinico con caregiver
Età evolutiva	Scale Conners	Comportamenti collegati all'ADHD	Genitori e insegnanti
Età evolutiva	SDQ (Questionario su capacità e difficoltà)	Punti di forza e difficoltà comportamentali	Genitori, insegnanti
Neuroriabilitazione	10MWT (Test del cammino sui 10 metri)	Velocità del cammino	Fisioterapista
Neuroriabilitazione	BBS (Scala di equilibrio di Berg)	Equilibrio statico e dinamico	Fisioterapista
Salute mentale	RAS – Recovery Assessment Scale (Scala di valutazione della recovery; da non confondere con la stimolazione ritmica uditiva)	Recovery percepita	Autocompilata
Salute mentale	WHOQOL-BREF	Qualità di vita (OMS)	Autocompilata
Trasversale	GAS (Scala di raggiungimento degli obiettivi)	Obiettivi individualizzati	Musicoterapeuta con équipe
Trasversale	Griglie osservative ad hoc	Comportamenti-bersaglio definiti nel progetto	Musicoterapeuta

L'uso delle scale standardizzate richiede attenzione a due aspetti: alcune prevedono licenze o qualifiche specifiche per la somministrazione (verifica

sempre, e prevedi la collaborazione dei professionisti abilitati dell'équipe), e tutte richiedono che chi le compila sia formato a farlo — un dato raccolto male è peggio di nessun dato.

Ognuno di questi strumenti viene descritto nel dettaglio nel volume 5 “Gli strumenti degli altri” di questa collana.

Appendice E

Una griglia osservativa compilata

La griglia che segue mostra come gli ambiti di osservazione del capitolo 2 diventano uno strumento concreto. È compilata su una seduta del nostro filo conduttore: Maria, 84 anni, malattia di Alzheimer in fase moderata, seduta 12 di 48 del progetto “Melodie della memoria”. Ogni progetto adatta gli ambiti e i comportamenti-bersaglio ai propri obiettivi: questa è una forma possibile, non un modulo universale.

Intestazione della griglia: persona osservata (pseudonimo), data e numero della seduta, osservatore, fase del progetto (qui: monitoraggio in itinere).

Ambito	Cosa si osserva	Rilevazione (seduta 12)
Postura e spazio	Posizione nel cerchio, orientamento verso strumenti e persone, movimenti	Seduta stabile per tutta l'attività; orientata verso la musicoterapeuta nelle fasi cantate; due spostamenti spontanei verso il campanello
Tonicità e respiro	Tensione muscolare visibile, pattern respiratorio	Mani rilassate dopo i primi 10 minuti (in apertura: contratte); respiro regolare durante l'ascolto, accelerato nel canto
Produzione vocale e verbale	Presenza, tipo (parlato, cantato, vocalizzo), fluidità, volume	Vocalizzi melodici in sintonia su 3 brani; 2 parole isolate riconoscibili (“bella”, “ancora”); nessuna frase completa
Partecipazione	Forma (canora, vocale, strumentale, verbale), durata, iniziativa	Partecipazione vocale 25 minuti circa su 60; 1 iniziativa spontanea (prende il campanello senza invito); nessun rifiuto
Comportamenti-bersaglio del progetto	Episodi di agitazione durante e dopo la seduta	Nessun episodio in seduta; operatrice riferisce pomeriggio tranquillo fino al cambio turno
Note libere	Episodi significativi, variazioni dal protocollo	Al brano della giovinezza (valzer) sorride e cerca il contatto oculare con la vicina; anticipata di 5 minuti la fase di rilassamento per affaticamento del gruppo

Tre indicazioni d'uso. **Primo:** la griglia si compila subito dopo la seduta, nei cinque minuti riservati alla documentazione, non a fine giornata. **Secondo:** descrivi comportamenti, non interpretazioni — “sorride e cerca il contatto oculare” è un dato; “è felice” è un'inferenza che va semmai nelle note, dichiarata come tale. **Terzo:** la riga dei comportamenti-bersaglio deve corrispondere agli indicatori degli obiettivi specifici del progetto; è il filo che lega l'osservazione quotidiana alla valutazione finale, ed è ciò che trasforma 48 griglie compilate in un grafico di andamento credibile.

Appendice F

Traccia di consenso informato

Quella che segue è una **traccia** da adattare: ogni struttura ha modulistica e riferimenti propri (titolare del trattamento, responsabile della protezione dei dati), che vanno integrati prima dell'uso. La **regola** di scrittura: ogni frase dev'essere comprensibile a chi firma, senza rimandi a norme che il firmatario non leggerà.

Intestazione: titolo del progetto, struttura ospitante, musicoterapeuta proponente con qualifica, periodo di svolgimento.

Sezione 1 — Che cosa proponiamo. “Il progetto prevede [numero] incontri di musicoterapia di gruppo/individuali, della durata di [minuti], con frequenza [settimanale/bisettimanale], dal [data] al [data], condotti da [nome], musicoterapeuta. Negli incontri si utilizzano l'ascolto di musica, il canto, gli strumenti musicali e altre attività sonore, con gli obiettivi descritti nel progetto allegato, di cui può richiedere copia.”

Sezione 2 — Partecipazione. “La partecipazione è volontaria. È possibile ritirarsi in qualsiasi momento, senza doverne spiegare le ragioni e senza alcuna conseguenza sull'assistenza ricevuta. Anche quando il consenso è firmato da un rappresentante, la volontà espressa dalla persona di non partecipare a un singolo incontro sarà sempre rispettata.”

Sezione 3 — Osservazione e dati. “Durante gli incontri il musicoterapeuta raccoglie osservazioni scritte e compila schede di valutazione, allo scopo di verificare i risultati dell'intervento. Nei documenti del progetto la persona compare con uno pseudonimo; i dati sono conservati in forma protetta presso [titolare del trattamento] per [durata] e trattati secondo la normativa vigente sulla protezione dei dati personali.”

Sezione 4 — Registrazioni (consenso separato). “Chiediamo separatamente l'autorizzazione a effettuare registrazioni audio/video di alcune sedute, al solo scopo di [documentazione clinica / supervisione / valutazione]. Le registrazioni non saranno diffuse, saranno conservate in forma protetta e cancellate entro [termine]. ☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo (la mancata autorizzazione non impedisce la partecipazione).”

Firme: la persona partecipante (o il rappresentante legale, con indicazione del titolo: genitore, tutore, amministratore di sostegno), il musicoterapeuta, data. Dove la persona non può firmare ma può esprimersi, è buona pratica annotare: “la persona è stata informata con modalità adeguate e ha espresso assenso”.

Appendice G

Domande frequenti

“Il committente mi chiede un progetto, ma non ho ancora potuto osservare le persone. Come faccio a scrivere obiettivi?”

È la situazione più comune, non l'eccezione. Si risolve in due tempi: il progetto iniziale dichiara obiettivi fondati sui dati disponibili (documentazione, colloqui, letteratura) e prevede esplicitamente una fase di valutazione iniziale, al termine della quale gli obiettivi vengono precisati e, se serve, le scale GAS costruite. Scrivilo proprio così: “gli obiettivi individuali saranno definiti al termine della fase di assessment (settimane 1-3)”. Stai mostrando metodo, non incertezza.

“Quanto deve essere lungo un progetto?”

Per un committente singolo (una struttura, una scuola): 8-12 pagine più gli allegati. Per un bando: esattamente quanto chiede il bando, che va letto due volte e seguito alla lettera. Un progetto di 30 pagine non è due volte più professionale di uno di 12: di solito è due volte meno letto.

“Posso usare lo stesso progetto per più committenti?”

Puoi — e devi — riusare la struttura, le evidenze di letteratura e l'impianto metodologico. Non puoi riusare l'analisi del contesto e dei bisogni, che per definizione è specifica: un valutatore esperto riconosce al primo paragrafo un progetto fotocopia, ed è una condanna. La regola pratica: il 40% di un buon progetto è riutilizzabile, il 60% si riscrive ogni volta.

“E se a metà progetto vedo che un obiettivo era sbagliato?”

Succede, ed è il motivo per cui esistono il monitoraggio e la valutazione intermedia. Si documenta lo scostamento, si propone al committente la ricalibrazione motivata, si aggiorna il documento. Quello che non si fa: far finta di nulla e adattare silenziosamente la valutazione finale all'obiettivo “di fatto”. La credibilità professionale si gioca esattamente qui.

“Il committente vuole solo ‘un po’ di musica per i ragazzi’, senza obiettivi né valutazione. Devo insistere col progetto?”

Distingui le situazioni. Se ti chiedono animazione musicale, quella è un'altra prestazione, legittima, che puoi accettare o no — ma chiamala col suo nome anche nel preventivo. Se ti chiedono musicoterapia, il progetto non è una tua fissazione: è ciò che la definisce come intervento professionale. Una versione leggera (due pagine: bisogni, obiettivi, metodo, verifica, costi) è il compromesso che quasi ogni committente accetta, e che protegge entrambi.

“Come mi comporto con i dati e la privacy?”

Tre regole minime: consenso informato scritto per la partecipazione e, separatamente, per ogni registrazione audio o video; dati conservati in forma protetta e pseudonimizzata nei report (mai nomi reali nei documenti che circolano); accordo esplicito con la struttura su chi è titolare del trattamento dei dati. Per i progetti in ambito sanitario e scolastico, la struttura ha già un responsabile della protezione dei dati: coinvolgilo in fase di progetto, non a cose fatte.

“Quanto mi faccio pagare?”

Questo manuale non può darti una tariffa, ma può darti il **metodo**: conta tutte le ore (frontali e non frontali), applica una tariffa oraria coerente con la tua formazione e il tuo mercato territoriale, esponi il calcolo. Le tariffe nascoste generano sospetto; i calcoli trasparenti generano rispetto. E ricorda: il prezzo che accetti oggi è il precedente con cui negozierai domani.

“Serve davvero la supervisione nel budget?”

Sì, e per due ragioni. Clinicamente, è lo standard di qualità della professione. Strategicamente, un committente che vede la voce “supervisione clinica” nel budget capisce che esiste un controllo di qualità esterno sul lavoro: è una assicurazione, non un costo da giustificare.

“E se il progetto viene rifiutato?”

Chiedi sempre il **perché**: è l'informazione più preziosa che un rifiuto possa lasciarti. Le ragioni più frequenti, in ordine: il budget non era previsto in quell'esercizio (riproponi nei tempi giusti del bilancio), il decisore non ha capito cosa comprava (rivedi abstract e presentazione), mancava la fiducia nella figura professionale (lavora sul profilo e sulle referenze, proponi un progetto pilota ridotto). Un progetto rifiutato e capito vale più di un progetto accettato per sfinimento.

Appendice H

Glossario essenziale

Abstract (sommario): sintesi del progetto in 10-15 righe; si scrive per ultima, si legge per prima.

Baseline (misura di partenza): rilevazione effettuata prima dell'avvio dell'intervento, termine di confronto di ogni valutazione successiva.

BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, sintomi comportamentali e psicologici della demenza): agitazione, aggressività, vagabondaggio, apatia, deliri, disturbi del sonno che accompagnano le demenze.

CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory): scala standardizzata che misura la frequenza dei comportamenti agitati nelle persone con demenza.

Cronoprogramma: collocazione delle attività del progetto sul calendario; la sua forma grafica più usata è il diagramma di Gantt.

Disseminazione: condivisione dei risultati di un progetto con la comunità professionale e scientifica (report, presentazioni, pubblicazioni).

Evidence-Based Practice (pratica basata sulle evidenze): integrazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili con l'esperienza clinica e con i valori e le preferenze delle persone.

Finalità: il cambiamento ampio e di lungo periodo a cui il progetto contribuisce senza poterlo produrre da solo.

Follow-up (verifica a distanza): rilevazione effettuata dopo la fine dell'intervento per verificare il mantenimento dei risultati.

GAS (Goal Attainment Scaling, scala di raggiungimento degli obiettivi): metodo di valutazione individualizzata basato su scale personalizzate a cinque livelli (da -2 a +2) costruite prima dell'intervento.

Gestione Basata sui Risultati (Results-Based Management, RBM): filosofia di gestione che orienta progettazione, monitoraggio e rendicontazione sui cambiamenti prodotti nelle persone, non sulle attività svolte.

ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute): linguaggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che descrive il funzionamento su quattro piani: funzioni e strutture corporee, attività, partecipazione, fattori ambientali.

Indicatore: segnale concreto e osservabile con cui si verifica il raggiungimento di un obiettivo; deve essere falsificabile.

MMSE (Mini-Mental State Examination, mini esame dello stato mentale): test di screening del funzionamento cognitivo globale.

Monitoraggio: raccolta continua di dati durante l'intervento, per verificare la rotta e autorizzare aggiustamenti; si distingue dalla valutazione, che confronta i risultati con gli obiettivi in momenti definiti.

Obiettivo generale: il cambiamento principale che il progetto vuole produrre nei beneficiari diretti entro il suo termine.

Obiettivi specifici: i cambiamenti concreti, misurabili e con scadenza che compongono l'obiettivo generale; si scrivono con i criteri SMART.

Prodotti (output): ciò che le attività generano di tangibile e contabile (sedute erogate, persone coinvolte, report consegnati); non vanno confusi con i risultati.

Quadro Logico (Logical Framework, LFA): matrice di progettazione a quattro righe (obiettivo generale, obiettivo specifico, risultati, attività) e quattro colonne (descrizione, indicatori, fonti di verifica, condizioni e rischi).

Recovery: percorso personale di costruzione di una vita significativa con o oltre la malattia mentale; non coincide con la remissione dei sintomi.

Risultati (outcome): i cambiamenti reali prodotti nelle persone dalle attività del progetto, di breve e medio termine; sono il cuore della valutazione.

SMART: criteri di qualità degli obiettivi — Specifico, Misurabile, raggiungibile (Achievable), Rilevante, Temporalmente definito.

Stimolazione ritmica uditiva (Rhythmic Auditory Stimulation, RAS): tecnica della musicoterapia neurologica che usa il ritmo come organizzatore del movimento, in particolare del cammino.

Songwriting: processo di scrittura di canzoni facilitato dal musicoterapeuta e condiviso con le persone; non è una composizione del terapeuta per le persone.

Stakeholder (portatori di interesse): tutte le persone e organizzazioni che influenzano il progetto o ne sono influenzate (decisori, operatori, famiglie, destinatari).

Teoria del Cambiamento (Theory of Change): esplicitazione della catena logica "se... allora" che collega le attività al cambiamento atteso, con le condizioni necessarie a ogni passaggio.

TIDieR (Template for Intervention Description and Replication): lista di controllo internazionale delle dodici informazioni che rendono replicabile la descrizione di un intervento.

Triangolazione: uso di più fonti indipendenti (almeno due-tre) per verificare lo stesso risultato.

UNI 11592: norma tecnica italiana che definisce i requisiti di conoscenza, abilità e competenza delle figure professionali operanti nel campo delle arti terapie, musicoterapeuta incluso.

Bibliografia

- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Caneva, P. A. (2007). *Songwriting: La composizione di canzoni come strategia di intervento musicoterapico*. Armando Editore.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77–M84. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.3.M77>
- 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.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 49–65. <https://doi.org/10.1017/S1041610200006190>
- 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>
- 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>
- Jacobsen, J.-H., Stelzer, J., Fritz, T. H., Chételat, G., La Joie, R., & Turner, R. (2015). Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease. *Brain*, 138(8), 2438–2450. <https://doi.org/10.1093/brain/awv135>
- 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>
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170–180. <https://doi.org/10.1038/nrn3666>

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510–519. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>
- Magee, W. L., Clark, I., Tamplin, J., & Bradt, J. (2017). Music interventions for acquired brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1), CD006787. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006787.pub3>
- Ministero della Salute. (2015). *Piano nazionale demenze: Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze* (Accordo in Conferenza Unificata del 30 ottobre 2014). Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 9 del 13 gennaio 2015. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/01/13/15A00130/sg>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers* (NICE guideline NG97). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2002). *ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Erickson. (Edizione originale: World Health Organization, 2001).
- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667–678. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Rolvsjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Publishers.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I., & Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866–876. <https://doi.org/10.1093/brain/awn013>
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. Routledge.
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (A cura di). (2025). *Handbook of neurologic music therapy* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 362–370. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>
- UNI – Ente Italiano di Normazione. (2015). *UNI 11592:2015. Attività professionali non regolamentate – Figure professionali operanti nel campo delle arti terapie – Requisiti di conoscenza, abilità e competenza*.
- van der Steen, J. T., van der Wouden, J. C., Methley, A. M., Smaling, H. J. A., Vink, A. C., & Bruinsma, M. S. (2025). Music-based therapeutic interventions for people

with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(3), CD003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub5>

Weiss, C. H. (1995). Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In J. P. Connell, A. C. Kubisch, L. B. Schorr, & C. H. Weiss (A cura di), *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods, and contexts* (pp. 65–92). Aspen Institute.

Note sull'autore

Paolo Alberto Caneva è musicoterapeuta. La sua storia professionale comincia nei primi anni Novanta, quando inizia a lavorare con anziani con demenza di Alzheimer, persone con disturbi psichiatrici e persone in fase terminale di malattia oncologica: è lì che scopre nella musica un linguaggio capace di raggiungere l'anima anche quando le parole non bastano più.

Dal 2000 porta quell'esperienza nel mondo della formazione, conducendo laboratori esperienziali che esplorano le possibilità del suono, della voce, del corpo e del ritmo presso agenzie formative private, università e conservatori in tutta Italia.

Dal 2006 al 2021 è titolare della Cattedra Sperimentale di Musicoterapia presso il Conservatorio "E. F. Dall'Abaco" di Verona; dal 2022 il ruolo evolve nella cattedra di "Teorie e Tecniche di Musicoterapia" del Biennio Specialistico dello stesso istituto.

Fra le sue pubblicazioni: *Songwriting. La composizione di canzoni come strategia di intervento musicoterapico* (Armando Editore, 2007); *Community Music Therapy* (Franco Angeli, 2018, con Stefania Mattiello); *Music NeuroFit*, training di stimolazione cognitiva (Gesualdo Editore, 2021, con Sara Demoro e Giulia Martini); *Antologia di canzoni fragili* (Gesualdo Editore, 2021, con Luca Xodo); *Dell'inclusione in musicoterapia* (Gesualdo Editore, 2024, con Enrico Ceccato).

Progettare in musicoterapia

Una musicoterapeuta lavora bene per tre anni in una struttura. Poi la direzione cambia, qualcuno chiede “quali risultati produce questa attività?”, e non c’è un documento che risponda. L’attività chiude — non perché non funzionasse, ma perché nessuno poteva dimostrarlo.

Questo manuale esiste per impedire quella storia. Insegna agli studenti del biennio — e a ogni professionista che voglia farsi riconoscere dal sistema sanitario, educativo e sociale — a trasformare un’intuizione clinica in un progetto chiaro, credibile e difendibile: l’analisi dei bisogni fondata su dati, gli obiettivi misurabili, la metodologia replicabile, il cronoprogramma, il budget trasparente, la valutazione. Un solo caso fa da filo conduttore attraverso tutti i capitoli, dalla prima osservazione al progetto completo commentato riga per riga; ogni termine tecnico è tradotto e spiegato; ogni capitolo segnala gli errori che i valutatori vedono al primo sguardo.

Perché un progetto scritto bene non è burocrazia: è il modo in cui il tuo lavoro produce le prove di se stesso.

Volume 2 di 5. L’opera si apre con “Osservare in musicoterapia” (1) e prosegue con il “Quaderno dei progetti” (3), “Valutare in musicoterapia” (4) e “Gli strumenti degli altri” (5).

