

QUADERNO DEI PROGETTI.

cinque contesti applicativi

Paolo Alberto Caneva

COLLANA IL MESTIERE SI IMPARA
3/5

Paolo Alberto Caneva

QUADERNO DEI PROGETTI

CINQUE CONTESTI APPLICATIVI

© 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). *Quaderno dei progetti*. <https://canevapaolo.it>

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

Per scrivere all'autore: cnvpaolo@gmail.com

Indice

Come usare questo quaderno.....	7
L'opera.....	7
Progetto 1 Melodie della memoria.....	9
Abstract.....	9
1. Analisi del contesto e dei bisogni.....	9
2. Destinatari.....	10
3. I portatori di interesse.....	10
4. Finalità e obiettivi.....	11
5. Metodologia e attività.....	11
6. Cronoprogramma.....	12
7. Risorse e budget.....	12
8. Valutazione e monitoraggio.....	13
9. Rischi e piano di continuità.....	14
10. Bibliografia essenziale.....	14
11. Profilo professionale.....	15
Progetto 2 Ritmi di attenzione.....	16
Abstract.....	16
1. Analisi del contesto e dei bisogni.....	16
2. Destinatari.....	17
3. I portatori di interesse.....	17
4. Finalità e obiettivi.....	17
5. Metodologia e attività.....	18
6. Cronoprogramma.....	18
7. Risorse e budget.....	19

8. Valutazione e monitoraggio.....	19
9. Rischi e piano di continuità.....	19
10. Bibliografia essenziale.....	20
11. Profilo professionale.....	20
Progetto 3 Armonie del recupero.....	21
Abstract.....	21
1. Analisi del contesto e dei bisogni.....	21
2. Destinatari.....	22
3. I portatori di interesse.....	22
4. Finalità e obiettivi.....	22
5. Metodologia e attività.....	23
6. Cronoprogramma.....	23
7. Risorse e budget.....	24
8. Valutazione e monitoraggio.....	24
9. Rischi e piano di continuità.....	25
10. Bibliografia essenziale.....	25
11. Profilo professionale.....	25
Progetto 4 Classi in armonia.....	26
Abstract.....	26
1. Analisi del contesto e dei bisogni.....	26
2. Destinatari.....	27
3. I portatori di interesse.....	27
4. Finalità e obiettivi.....	27
5. Metodologia e attività.....	28
6. Cronoprogramma.....	28
7. Risorse e budget.....	29
8. Valutazione e monitoraggio.....	29
9. Rischi e piano di continuità.....	29
10. Bibliografia essenziale.....	30

11. Profilo professionale.....	30
Progetto 5 Risonanze di ripresa.....	31
Abstract.....	31
1. Analisi del contesto e dei bisogni.....	31
2. Destinatari.....	32
3. I portatori di interesse.....	32
4. Finalità e obiettivi.....	32
5. Metodologia e attività.....	33
6. Cronoprogramma.....	34
7. Risorse e budget.....	34
8. Valutazione e monitoraggio.....	34
9. Rischi e piano di continuità.....	35
10. Bibliografia essenziale.....	35
11. Profilo professionale.....	36
Note sull'autore.....	37

Come usare questo quaderno

Questo quaderno accompagna il manuale “Progettare in musicoterapia” e contiene cinque progetti completi, uno per ciascuno dei contesti professionali più frequenti: la residenza per anziani, la scuola primaria, la riabilitazione neurologica, la scuola secondaria, la salute mentale degli adulti. Ogni progetto segue la struttura del capitolo 4 del manuale — con il frontespizio al posto della sezione sul titolo, e con due sezioni in più: i portatori di interesse (la matrice del capitolo 6) e i rischi con il piano di continuità, esattamente come nel progetto commentato del capitolo 9 — e usa il vocabolario fissato nel capitolo 3: se i termini finalità, obiettivo specifico, prodotti, risultati non ti sono familiari, parti dal manuale.

I progetti sono **realistici** ma **immaginari**: le strutture, le persone e i nomi sono inventati; i dati di contesto, gli obiettivi e i budget sono verosimili per l'Italia di oggi e aritmeticamente coerenti. Non sono modelli da fotocopiare: sono **esempi** da studiare e da adattare. Il modo migliore di usarli è leggerli con la lista di controllo del manuale (appendice B) accanto, chiedendosi a ogni sezione: perché è scritta così? Cosa cambierebbe nel mio contesto?

Una avvertenza sul primo progetto: “Melodie della memoria” è lo stesso che trovi commentato nel capitolo 9 del manuale. Qui compare nella versione integrale e senza commenti, con gli elementi che là erano solo riassunti: le scale GAS di tre partecipanti e l'analisi dei rischi estesa. Gli altri quattro progetti corrispondono alle schede dell'appendice C del manuale.

In tutti i progetti, i nomi dei proponenti sono indicati tra parentesi quadre dove ti conviene inserire i tuoi dati, e le persone destinatarie compaiono con nomi di fantasia, come nei documenti reali comparirebbero con pseudonimi.

Le sigle sono sciolte progetto per progetto, perché ogni progetto è un documento autonomo che qualcuno leggerà da solo. Se leggi il quaderno di seguito noterai che la stessa sigla può valere due cose diverse in contesti diversi: RAS è la stimolazione ritmica uditiva nel progetto 3 e la scala di valutazione della recovery nel progetto 5. Succede anche nei documenti veri, ed è un buon motivo per scioglierle sempre.

L'opera

Questo quaderno è il volume 3 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: 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.

Progetto 1

Melodie della memoria

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

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

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, Cohen-Mansfield Agitation Inventory: inventario dell'agitazione di Cohen-Mansfield) e migliorare la qualità di vita percepita (scala QoL-AD, Quality of Life in Alzheimer's Disease: qualità di vita nella malattia di Alzheimer). 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.

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 (geriatra, psicologa, fisioterapisti, 24 operatori sociosanitari nella struttura, 12 nel nucleo protetto). 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, dall'inglese Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia): 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 mensili di agitazione psicomotoria 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. La soddisfazione media delle famiglie è bassa (5,2/10).

La letteratura colloca gli interventi musicali tra le risposte non farmacologiche più promettenti per i BPSD: la revisione 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 si propone qui non 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.

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 (modulo per la partecipazione e modulo separato per le registrazioni).

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.

3. I portatori di interesse

Portatore di interesse	di Interesse	Potere	Strategia
Direttore sanitario	Alto	Alto	Gestire attivamente: report trimestrali con dati di esito e impatto organizzativo
Coordinatrice nucleo	del Alto	Alto	Gestire attivamente: collaborazione quotidiana, calendario concordato con i turni

Portatore di interesse	Interesse	Potere	Strategia
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

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.

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 dal 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; la partecipazione a ogni singola seduta è subordinata all'assenso della persona.

Qualità: lista di controllo di fedeltà al protocollo compilata dopo ogni seduta (fasi realizzate, durata, presenze, repertorio utilizzato, documentazione completata); ogni modifica al protocollo viene registrata con data e motivazione.

Materiali: strumentario della struttura integrato con percussioni a cornice e campanelli; impianto di amplificazione a noleggio; repertori digitali personalizzati; schede di osservazione e scale GAS prestampate.

6. Cronoprogramma

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 (3 + evento finale)		•	•	
Valutazioni finali (T2), report, restituzione			•	
Follow-up				•

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

Voce	Descrizione	Importo
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.

8. Valutazione e monitoraggio

Scale standardizzate: **CMAI** (Cohen-Mansfield et al., 1989) 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); **QoL-AD** (Logsdon et al., 2002) per la qualità di vita (T0 e T2, compilata dalla persona e, in parallelo, dal caregiver); **MMSE** a T0 e T2 come quadro cognitivo di sfondo (somministrato dalla psicologa dell'équipe).

Scale GAS individuali: per ogni partecipante, una scala di raggiungimento degli obiettivi su un'area concordata con équipe e famiglia, compilata mensilmente.

Tre esempi.

Maria, 84 anni, malattia di Alzheimer moderata. Area: comunicazione verbale durante le attività musicali. Livello -2: attenzione alla musica senza vocalizzazioni, sorrisi occasionali. -1: vocalizzazioni melodiche senza parole, in sintonia con la musica; segni di riconoscimento dei brani familiari — è la baseline documentata nell'osservazione iniziale. 0 (atteso): parole isolate o brevi frasi di canzoni note; verbalizza emozioni semplici. +1: canta almeno due strofe complete; risponde a domande sulla musica con frasi di senso compiuto. +2: propone lei un brano o chiede di cantarne uno; sostiene un breve scambio verbale con un altro partecipante.

Giuseppe, 79 anni, demenza mista con agitazione. Area: autoregolazione durante le sedute. Livello -2: non resta nel gruppo, abbandona entro 15 minuti o interrompe l'attività. -1: agitazione frequente, partecipazione frammentata, ripetuti interventi dell'operatore. 0 (atteso): partecipa per 30-40 minuti con due-tre episodi di irrequietezza gestibili. +1: calmo per 45-50 minuti, al massimo un episodio lieve gestito con riconduzione musicale. +2: partecipa all'intera seduta senza episodi e aiuta spontaneamente altri partecipanti.

Anna, 87 anni, malattia di Alzheimer con apatia severa. Area: iniziativa e partecipazione attiva. Livello -2: nessun interesse per le attività musicali per l'intera seduta. -1: prevalentemente passiva, attenzione per 10-15 minuti, stimolazione continua necessaria. 0 (atteso): risponde positivamente alle sollecitazioni, attenzione per 20-30 minuti, sorrisi occasionali. +1: partecipa attivamente quando sollecitata, prende iniziative musicali semplici (batte il

tempo, accenna il canto). +2: sceglie spontaneamente gli strumenti, propone canzoni, interagisce verbalmente con gli altri.

Osservazione continua: a ogni seduta si compila il registro della Cartella clinica allegata alla collana, che rileva 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 (spontanea o su sollecitazione), il coinvolgimento complessivo da 1 a 5 e il conteggio degli episodi-bersaglio; diario clinico; registrazione degli episodi significativi.

Fonti qualitative: interviste semi-strutturate ai familiari a inizio e fine percorso.

Restituzioni: report intermedio a 3 mesi (con eventuale ricalibrazione documentata del protocollo) e report finale con analisi pre-post, presentati a direzione, équipe e famiglie. Follow-up a 3 mesi dalla conclusione.

9. Rischi e piano di continuità

Rischio	Probabilità	Contromisura
Partecipazione discontinua	Media	Gruppo semi-aperto; adattamento delle attività; coinvolgimento individuale nei periodi critici
Peggioramento cognitivo nel semestre	Alta	Monitoraggio continuo; adattamento del protocollo previsto e documentato
Avvicendamento del personale	Media	Formazione estesa a tutti gli operatori del nucleo, non solo ai presenti in seduta
Criticità comportamentali in seduta	Media	Protocollo di de-escalation musicale; supporto dell'operatore presente; uscita temporanea con rientro graduale
Indisponibilità della sala	Bassa	Spazio alternativo individuato in fase preparatoria; orari flessibili concordati

Oltre il semestre: 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 individualizzato con supervisione musicoterapica mensile. La componente di formazione degli operatori segue, nei contenuti, l'orientamento del modello internazionale PAMI (Person Attuned Musical Interaction: interazione musicale sintonizzata sulla persona), sviluppato dal gruppo di ricerca dell'Università di Aalborg, che ha prodotto un manuale di formazione per integrare l'interazione musicale nella cura quotidiana della demenza: un riferimento documentato che rafforza la credibilità di questa sezione agli occhi del committente.

10. Bibliografia essenziale

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>

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>

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

11. Profilo professionale

[Mezza pagina: formazione musicoterapica, qualifica UNI 11592, formazione specifica sulle demenze, esperienza in ambito geriatrico, supervisione clinica attiva. Orientato al contesto sanitario.]

Progetto 2

Ritmi di attenzione

Intervento musicoterapico per il potenziamento dell'attenzione e dell'autoregolazione in bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività nella scuola primaria.

Proponente: [nome], musicoterapeuta (norma UNI 11592). Destinatario: Istituto Comprensivo "G. Rodari", scuola primaria — classe 3^aB. Durata: un quadrimestre (18 settimane, di cui 15 di intervento). Budget complessivo: € 2.025,00.

Abstract

Il progetto propone un ciclo di 15 sedute settimanali di musicoterapia per un gruppo di 6 bambini della classe 3^aB con diagnosi o segnalazione di disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD, dall'inglese Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), individuati con le insegnanti e con il consenso delle famiglie. Attraverso giochi ritmici strutturati, attività di sincronizzazione e improvvisazioni a turni, l'intervento mira ad aumentare i tempi di attenzione sostenuta (da 8-12 a 18-20 minuti nelle attività strutturate) e a migliorare la capacità di rispettare l'alternanza dei turni. La valutazione integra griglie osservative settimanali, questionari standardizzati per insegnanti e genitori a inizio e fine percorso e scale individualizzate di raggiungimento degli obiettivi (GAS). Il progetto comprende due incontri di raccordo con le insegnanti e un incontro con le famiglie, perché le strategie sperimentate nel gruppo possano trasferirsi in classe e a casa.

1. Analisi del contesto e dei bisogni

L'Istituto Comprensivo "G. Rodari" serve un quartiere periferico con popolazione scolastica eterogenea. Nella classe 3^aB (22 alunni) sono presenti 3 bambini con diagnosi di ADHD certificata dai servizi di neuropsichiatria infantile e 3 con segnalazione delle insegnanti per difficoltà attentive e di autoregolazione significative. Le insegnanti riferiscono interruzioni frequenti delle attività didattiche, tempi di lavoro autonomo molto brevi (stimati in 8-12 minuti per i bambini segnalati, contro i 25-30 dei compagni) e un clima di classe affaticato; il registro di classe documenta in media 6-8 richiami disciplinari al giorno.

L'ADHD interessa in Italia circa il 2-3% della popolazione in età scolare e si manifesta con difficoltà di attenzione sostenuta, impulsività e iperattività che compromettono l'apprendimento e le relazioni. La letteratura documenta l'utilità delle attività musicali strutturate per questa popolazione: la sincronizzazione ritmica allena le stesse funzioni di pianificazione e inibizione (le cosiddette funzioni esecutive) che risultano fragili nell'ADHD, dentro un'attività motivante e non giudicante; le meta-analisi sull'efficacia della musicoterapia in

età evolutiva documentano effetti clinicamente rilevanti (Gold et al., 2004); e lo studio disponibile sull'ADHD, condotto con adolescenti e prudente nelle sue conclusioni, segnala una riduzione dei sintomi rilevata dagli insegnanti nel contesto della classe (Rickson, 2006). Il formato di piccolo gruppo, inoltre, permette di lavorare sulle abilità sociali (aspettare, ascoltare, alternarsi) che il contesto di classe intera non riesce ad allenare.

2. Destinatari

Destinatari diretti: 6 bambini di 8-9 anni della classe 3^aB. Criteri di inclusione: diagnosi di ADHD o segnalazione motivata delle insegnanti per difficoltà attentive e di autoregolazione; consenso scritto di entrambi i genitori; assenso del bambino dopo una seduta di prova. Criteri di esclusione: condizioni che richiedono un intervento individuale (concordate con la neuropsichiatria di riferimento dove presente).

Il gruppo misto (bambini con diagnosi e bambini con fragilità sottosoglia) è una scelta deliberata: evita la stigmatizzazione del “gruppo dei bambini ADHD” e riflette il funzionamento reale della classe.

Destinatari indiretti: i 16 compagni di classe (beneficiari del miglior clima), le due insegnanti di classe (destinatari di due incontri di raccordo con strategie ritmico-musicali utilizzabili nella didattica), le famiglie dei sei bambini.

3. I portatori di interesse

Portatore di interesse	Interesse	Potere	Strategia
Dirigente scolastico	Medio	Alto	Tenere soddisfatto: accordo scritto all'avvio, nessuna sorpresa su orari e costi, report finale con i dati per decidere il seguito
Insegnanti della 3 ^a B	Alto	Medio	Coinvolgere e formare: due incontri di raccordo, strategie ritmiche utilizzabili nella didattica, partecipazione alla seduta 14
Famiglie dei sei bambini	Alto	Medio	Tenere informate: consenso di entrambi i genitori, restituzione concreta a metà e a fine percorso
Servizio neuropsichiatria infantile	Medio	Medio	Tenere informato: criteri di inclusione ed esiti condivisi in linguaggio clinico, per i bambini già in carico
Compagni di classe	Medio	Basso	Comunicazione trasparente: il gruppo esce dall'aula, e il modo in cui lo si racconta decide se sarà un privilegio o un'etichetta
Collaboratori scolastici	Basso	Basso	Monitorare: aula, orari e riassetto concordati una volta e rispettati

4. Finalità e obiettivi

Finalità: contribuire al successo scolastico e al benessere relazionale dei bambini con difficoltà di attenzione e autoregolazione.

Obiettivo generale: migliorare l'attenzione sostenuta e l'autoregolazione dei sei bambini coinvolti, nel gruppo musicale e in classe.

Obiettivo specifico 1: entro la fine delle 15 sedute, almeno 5 bambini su 6 manterranno l'attenzione nelle attività musicali strutturate per 18-20 minuti continuativi (baseline: 8-12 minuti), misurati con griglia osservativa settimanale.

Obiettivo specifico 2: entro la fine del percorso, ogni bambino completerà almeno 8 scambi consecutivi di alternanza dei turni nelle improvvisazioni di gruppo senza interruzioni (baseline media: 3), documentati nella griglia di seduta.

Obiettivo specifico 3: al termine del progetto, i punteggi delle scale Conners compilate da insegnanti e genitori mostreranno un miglioramento clinicamente apprezzabile nelle sottoscale di disattenzione per almeno 4 bambini su 6, rispetto alla compilazione iniziale.

5. Metodologia e attività

L'intervento adotta un approccio di musicoterapia attiva centrato sul ritmo, in cui le regole musicali fanno da regole comportamentali: nei giochi ritmici si deve aspettare il segnale, ascoltare gli altri, inibire la risposta fino al proprio turno — esattamente le funzioni che l'ADHD rende fragili, allenate però in un contesto di gioco in cui sbagliare non costa un richiamo ma un nuovo tentativo.

Formato: gruppo chiuso di 6 bambini, 15 sedute settimanali di 50 minuti, in orario scolastico concordato (evitando le ore di educazione fisica e le materie con verifiche), in un'aula dedicata e priva di distrazioni.

Struttura della seduta: saluto ritmico iniziale con il nome di ciascuno (5 minuti); gioco ritmico strutturato a difficoltà progressiva — sincronizzazione con pulsazione, imitazione di pattern, "passa il ritmo", stop-and-go con segnali musicali (15 minuti); improvvisazione a turni su strumentario Orff, con consegne di alternanza via via più lunghe (15 minuti); attività distensiva di ascolto attivo o canto (10 minuti); rituale di chiusura con auto-valutazione semplice del bambino sulla propria seduta (5 minuti).

Progressione: le prime 3 sedute stabiliscono regole e baseline; le sedute 4-12 aumentano gradualmente la durata delle attività continuative (da 8 a 20 minuti) e la complessità dei turni; le sedute 13-15 consolidano e preparano il trasferimento, con la partecipazione dell'insegnante alla seduta 14 per osservare le strategie.

Materiali: strumentario Orff (tamburi a cornice, legnetti, maracas, metallofono), un tamburo conduttore, segnali visivi per i turni, griglie di osservazione. Chi eroga: musicoterapeuta con esperienza in età evolutiva; le insegnanti partecipano ai due incontri di raccordo (uno a metà, uno a fine percorso). Ogni modifica al protocollo viene documentata.

6. Cronoprogramma

Settimane 1-2: incontro con le insegnanti, consensi delle famiglie, osservazione in classe (baseline), compilazione iniziale delle scale Conners, seduta di prova e assenso dei bambini. Settimane 3-17: 15 sedute settimanali; griglia osservativa a ogni seduta; incontro intermedio con le insegnanti (settimana 9). Settimana 18: compilazione finale delle scale, incontro conclusivo con insegnanti e famiglie, report finale. Il calendario rispetta le vacanze scolastiche e si chiude prima del periodo delle valutazioni di fine anno.

7. Risorse e budget

Voce	Descrizione	Importo
Sedute	15 sedute di 50 minuti (15 ore a € 45)	€ 675
Osservazioni e valutazioni	Osservazione in classe, baseline, scale pre-post (6 ore)	€ 270
Preparazione e documentazione	8 ore	€ 360
Incontri con insegnanti e famiglie	4 ore	€ 180
Report finale	4 ore	€ 180
Supervisione clinica	3 ore a € 70	€ 210
Materiali	Integrazione strumentario, stampati	€ 150
Totale		€ 2.025

Costo per bambino: € 337,50. Costo per seduta: € 135. Il progetto è dimensionato per i fondi di istituto destinati all'inclusione o all'ampliamento dell'offerta formativa.

8. Valutazione e monitoraggio

Griglia osservativa di seduta (compilata dal musicoterapeuta subito dopo ogni incontro): minuti di attenzione continuativa per bambino, numero di scambi di turno completati, episodi di interruzione, iniziative spontanee.

Scale standardizzate: questionari Conners per insegnanti e genitori a T0 (prima dell'avvio) e T2 (fine percorso); il doppio informatore — scuola e casa — costituisce la triangolazione minima.

Scala GAS (Kiresuk & Sherman, 1968) individuale per ciascun bambino, costruita con le insegnanti. Esempio — Luca, 8 anni, diagnosi di ADHD. Area: attenzione sostenuta nelle attività di gruppo. Livello -2: attenzione inferiore alla baseline (sotto gli 8 minuti), frequenti abbandoni dell'attività. -1: attenzione stabile sulla baseline (8-12 minuti). 0 (atteso): attenzione continuativa di 15-18 minuti nella maggior parte delle sedute del mese. +1: attenzione continuativa di 18-22 minuti, con un solo richiamo per seduta. +2: attenzione oltre i 22 minuti e ruolo di guida in almeno un gioco ritmico.

Restituzioni: incontro intermedio con le insegnanti (settimana 9, con i primi dati delle griglie); report finale scritto a dirigente, insegnanti e famiglie, con i dati pre-post e le raccomandazioni per il proseguimento.

9. Rischi e piano di continuità

Rischi principali: assenze e discontinuità (mitigazione: calendario concordato, recupero dei contenuti nella seduta successiva); etichettamento dei bambini del gruppo (mitigazione: gruppo misto, comunicazione alla classe come "laboratorio musicale"); aspettative eccessive delle famiglie sul piano clinico (mitigazione: chiarire nel primo incontro che il progetto è educativo-riabilitativo e non sostituisce i percorsi di neuropsichiatria); cambio di insegnanti o di orari (mitigazione: accordo formalizzato con la dirigenza a inizio anno).

Continuità: le strategie ritmiche condivise con le insegnanti (segnali musicali per le transizioni, giochi di sincronizzazione brevi) restano alla classe; il report

finale propone, se i dati lo giustificano, un secondo ciclo nell'anno successivo ed eventualmente l'estensione ad altre classi.

10. Bibliografia essenziale

Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1054–1063. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x>

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>

Rickson, D. J. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 43(1), 39–62. <https://doi.org/10.1093/jmt/43.1.39>

11. Profilo professionale

[Mezza pagina: formazione musicoterapica, esperienza in età evolutiva e in contesto scolastico, collaborazioni con insegnanti e famiglie, eventuale formazione su inclusione e bisogni educativi speciali. Orientato al contesto educativo.]

Progetto 3

Armonie del recupero

Intervento di musicoterapia neurologica per il recupero del cammino e della funzionalità in persone con esiti di ictus.

Proponente: [nome], musicoterapeuta (norma UNI 11592), formazione in musicoterapia neurologica. Destinatario: Centro di riabilitazione “Villa Verde” — reparto di neuroriabilitazione ambulatoriale. Durata: 8 mesi (due cicli di intervento). Budget complessivo: € 6.430,00.

Abstract

Il progetto introduce nel programma riabilitativo ambulatoriale del centro un intervento di musicoterapia neurologica per 8 persone con esiti di ictus in fase post-acuta, articolato in percorsi individuali di 12 sedute (3 sedute settimanali per 4 settimane), in due cicli successivi da 4 persone. La tecnica principale è la stimolazione ritmica uditiva (RAS, dall'inglese Rhythmic Auditory Stimulation): l'uso del ritmo come segnale esterno che organizza il movimento, con efficacia documentata sul recupero del cammino. Obiettivi: aumentare del 15% la velocità del cammino (test dei 10 metri) e migliorare la simmetria del passo, in integrazione con il programma fisioterapico. La valutazione utilizza le misure funzionali già in uso nell'équipe (test dei 10 metri, scala di equilibrio di Berg), rilevate da fisioterapista a T0, T1 e T2, garantendo così una misurazione indipendente dal proponente.

1. Analisi del contesto e dei bisogni

Il centro “Villa Verde” segue in regime ambulatoriale circa 60 persone l'anno con esiti di ictus in fase post-acuta (da 3 a 12 mesi dall'evento). L'ictus è in Italia la prima causa di disabilità nell'adulto; tra gli esiti più frequenti e invalidanti c'è la compromissione del cammino — riduzione della velocità, asimmetria del passo, instabilità — che limita l'autonomia e la partecipazione sociale. L'équipe (fisiatra, fisioterapisti, logopedista, psicologa) segnala due bisogni: intensificare il lavoro sul cammino oltre le sedute fisioterapiche disponibili, e contrastare il calo di motivazione tipico della fase post-acuta, quando i progressi rallentano e l'aderenza al programma diminuisce.

La musicoterapia neurologica (Thaut & Hoemberg, 2025) offre una risposta documentata a entrambi i bisogni. La stimolazione ritmica uditiva sfrutta un meccanismo neurologico solido: il sistema motorio si sincronizza spontaneamente a un ritmo uditivo esterno, che funziona da “orologio” capace di stabilizzare e riorganizzare lo schema del passo; gli studi su persone con esiti di ictus documentano miglioramenti di velocità e di lunghezza del passo (Thaut et al., 1997) e la revisione Cochrane sugli interventi musicali nelle cerebrolesioni

acquisite conferma l'effetto sul cammino come uno dei più consistenti (Magee et al., 2017). Sul piano dell'umore, l'ascolto quotidiano di musica scelta dalla persona nella fase post-ictus sostiene il tono dell'umore e il recupero cognitivo (Särkämö et al., 2008): un effetto che, nel nostro contesto, lavora a favore dell'aderenza al programma riabilitativo. L'intervento si propone come componente integrata del programma riabilitativo, non come terapia parallela: obiettivi e misure sono condivisi con l'équipe.

2. Destinatari

Destinatari diretti: 8 persone adulte (45-75 anni) con esiti di ictus, in due cicli da 4. Criteri di inclusione: ictus da 3 a 12 mesi; cammino possibile per almeno 10 metri anche con ausilio; funzioni uditive conservate; capacità di seguire consegne semplici; inserimento attivo nel programma fisioterapico del centro; consenso informato. Criteri di esclusione: instabilità clinica; grave deficit di comprensione (afasia globale); disturbi dell'equilibrio che rendano insicuro il lavoro in piedi senza assistenza dedicata. La selezione avviene su proposta del fisiatra e dei fisioterapisti, con colloquio musicoterapico individuale (storia musicale, preferenze, anamnesi sonora).

Destinatari indiretti: l'équipe riabilitativa (che acquisisce una tecnica integrabile) e i familiari, coinvolti nella prosecuzione domiciliare con playlist personalizzate a tempo regolato.

3. I portatori di interesse

Portatore di interesse	di Interesse	Potere	Strategia
Fisiatra responsabile	Alto	Alto	Gestire attivamente: selezione dei partecipanti, obiettivi condivisi, restituzione all'équipe a fine ciclo
Fisioterapisti riferimento	di Alto	Alto	Gestire attivamente: rilevano loro le misure ed è con loro la sicurezza del lavoro sul cammino; calendario coordinato con la fisioterapia
Direzione del centro	Medio	Alto	Tenere soddisfatta: il cofinanziamento in ore va riconosciuto come tale, nessun costo non previsto
Logopedista e psicologa dell'équipe	Medio	Medio	Tenere informati: incontri di équipe, raccordo sui casi con afasia o flessione dell'umore
Familiari	Alto	Basso	Coinvolgere e formare: playlist domiciliare a tempo regolato e istruzioni scritte semplici, perché il risultato a T2 dipende da loro
Persone in attesa del secondo ciclo	Basso	Basso	Monitorare: criteri di accesso e tempi dichiarati fin dall'inizio

4. Finalità e obiettivi

Finalità: contribuire al recupero dell'autonomia e della partecipazione sociale delle persone con esiti di ictus.

Obiettivo generale: migliorare la funzionalità del cammino delle 8 persone coinvolte, in integrazione con il programma fisioterapico.

Obiettivo specifico 1: al termine delle 12 sedute, aumento medio di almeno il 15% della velocità del cammino, misurata con il test dei 10 metri somministrato dal fisioterapista a T0 (avvio), T1 (fine ciclo) e T2 (follow-up a 2 mesi).

Obiettivo specifico 2: al termine delle 12 sedute, miglioramento della cadenza e della regolarità del passo (riduzione della variabilità della durata del passo, rilevata con conteggio strumentato), per almeno 6 persone su 8.

Obiettivo specifico 3: mantenimento dei risultati a 2 mesi dalla fine del ciclo (T2), sostenuto dal programma domiciliare con playlist a tempo regolato, per almeno 5 persone su 8.

5. Metodologia e attività

La tecnica centrale è la stimolazione ritmica uditiva applicata al cammino, secondo il protocollo della musicoterapia neurologica: si misura la cadenza spontanea della persona; si propone una pulsazione musicale sincronizzata a quella cadenza (metronomo integrato in musica dal vivo o registrata, scelta con la persona); si lavora sulla qualità del passo a cadenza costante; si incrementa gradualmente il tempo (del 5-10% per volta) man mano che lo schema si stabilizza; si riduce infine progressivamente il supporto ritmico, per favorire l'interiorizzazione.

Formato: percorsi individuali di 12 sedute da 45 minuti, 3 sedute settimanali per 4 settimane (l'intensità è una condizione di efficacia per l'apprendimento motorio), nella palestra riabilitativa del centro, in fascia oraria coordinata con la fisioterapia. Due cicli successivi da 4 persone.

Struttura della seduta: accordatura iniziale e verifica delle condizioni del giorno (5 minuti); riscaldamento ritmico da seduti — pattern con gli arti superiori e inferiori a pulsazione data (10 minuti); lavoro sul cammino con stimolazione ritmica, in percorsi rettilinei e con cambi di direzione, con pause regolate (20 minuti); defaticamento con ascolto o canto, anche per il lavoro sul respiro e sulla voce dove utile (10 minuti).

Personalizzazione: il repertorio musicale è costruito con la persona (preferenze, epoca, generi) sopra la griglia ritmica richiesta dal protocollo; gli incrementi di tempo seguono la risposta individuale e si concordano con il fisioterapista di riferimento. Per la prosecuzione domiciliare viene preparata una playlist personalizzata con tempi calibrati, consegnata con istruzioni scritte semplici alla persona e a un familiare.

Materiali: uno strumento armonico per la musica dal vivo (chitarra o tastiera) e un metronomo — anche in applicazione — per fissare la pulsazione; percussioni a mano per il riscaldamento ritmico da seduti; un diffusore portatile per i brani registrati; un tratto rettilineo di lunghezza nota e un cronometro per misurare la cadenza a ogni verifica. Per la prosecuzione domiciliare, le tracce alla cadenza concordata sul telefono della persona o su un lettore semplice.

Chi eroga: musicoterapeuta con formazione specifica in musicoterapia neurologica; un fisioterapista è presente o immediatamente disponibile durante il lavoro sul cammino, secondo le procedure di sicurezza del centro. Ogni modifica al protocollo viene registrata.

6. Cronoprogramma

Mese 1: presentazione all'équipe, selezione del primo gruppo, consensi, colloqui musicoterapici, valutazioni T0 (fisioterapista). Mesi 2: primo ciclo (4 persone, 12

sedute ciascuna); valutazioni T1 a fine ciclo. Mese 3: preparazione del programma domiciliare; selezione del secondo gruppo; valutazioni T0. Mesi 4-5: secondo ciclo; valutazioni T1. Mesi 4 e 7: valutazioni T2 (follow-up a 2 mesi) per i due gruppi. Mese 8: analisi dei dati, report finale, restituzione all'équipe e proposta di prosecuzione.

7. Risorse e budget

Voce	Descrizione	Importo
Sedute individuali	96 sedute da 45 minuti (8 persone × 12; 72 ore a € 50)	€ 3.600
Colloqui e valutazioni musicoterapiche	12 ore	€ 600
Preparazione, documentazione, playlist domiciliari	20 ore	€ 1.000
Incontri di équipe	8 incontri (4 ore complessive fatturate forfettariamente)	€ 200
Report finale e analisi dati	6 ore (forfait)	€ 300
Supervisione clinica	4 ore a € 70 (forfait ridotto)	€ 280
Tecnologie e materiali	Metronomi, dispositivo per playlist, piccolo strumentario	€ 450
Totale		€ 6.430

Costo per persona: € 803,75. Costo per seduta: € 67. Le valutazioni funzionali (test dei 10 metri, scala di Berg) sono effettuate dal fisioterapista nell'ambito del suo orario di servizio, come concordato con la direzione: è un cofinanziamento in ore della struttura, che va riconosciuto come tale nel progetto.

8. Valutazione e monitoraggio

Misure funzionali (rilevate dal fisioterapista, indipendente dal proponente): test del cammino sui 10 metri (velocità) e conteggio della cadenza a T0, T1 (fine ciclo) e T2 (follow-up a 2 mesi); scala di equilibrio di Berg a T0 e T1 come misura di sicurezza e di contesto.

Monitoraggio musicoterapico: scheda di seduta con cadenza di lavoro, tempo musicale raggiunto, metri percorsi con e senza stimolo ritmico, osservazioni qualitative su affaticamento e motivazione.

Scale GAS individuali: per ogni partecipante una scala di raggiungimento degli obiettivi costruita a inizio ciclo con la persona, il fisioterapista e il fisiatra, su un traguardo che conti nella sua vita quotidiana (per una persona la distanza percorsa senza fermarsi, per un'altra la sicurezza nel salire un gradino). È la misura che regge quando le persone partono da livelli funzionali molto diversi, ed è lo strumento di riferimento nella riabilitazione (Turner-Stokes, 2009).

Misura dell'aderenza domiciliare: diario semplice compilato dalla persona o dal familiare (giorni di utilizzo della playlist, durata).

Triangolazione: misure funzionali del fisioterapista, schede del musicoterapeuta, riscontro della persona e del familiare. Restituzioni: aggiornamento all'équipe a fine di ogni ciclo; report finale con dati individuali e aggregati a direzione ed équipe.

9. Rischi e piano di continuità

Rischi principali: eventi clinici intercorrenti (mitigazione: criteri di inclusione prudenti, coordinamento costante con il fisiatra, sospensione e ripresa documentate); affaticamento per l'intensità trisettimanale (mitigazione: durata contenuta della seduta, monitoraggio dell'affaticamento, possibilità di rimodulare); difficoltà di trasporto per le sedute ambulatoriali (mitigazione: fasce orarie accorpate ad altre prestazioni riabilitative della persona); scarsa aderenza domiciliare (mitigazione: coinvolgimento del familiare, playlist semplici da usare, verifica telefonica intermedia).

Continuità: il protocollo, le playlist e le istruzioni domiciliari restano al centro; il report finale quantifica i risultati nel linguaggio dell'équipe e propone, se i dati lo giustificano, l'inserimento stabile della musicoterapia neurologica nel programma ambulatoriale, con cicli trimestrali.

10. Bibliografia essenziale

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>

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>

Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (A cura di). (2025). *Handbook of neurologic music therapy* (2nd ed.). Oxford University Press.

Thaut, M. H., McIntosh, G. C., & Rice, R. R. (1997). Rhythmic facilitation of gait training in hemiparetic stroke rehabilitation. *Journal of the Neurological Sciences*, 151(2), 207–212. [https://doi.org/10.1016/s0022-510x\(97\)00146-9](https://doi.org/10.1016/s0022-510x(97)00146-9)

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>

11. Profilo professionale

[Mezza pagina: formazione musicoterapica, formazione specifica in musicoterapia neurologica, esperienza in contesti riabilitativi e in équipe multidisciplinari sanitarie. Orientato al contesto sanitario-riabilitativo.]

Progetto 4

Classi in armonia

Laboratori musicali per il benessere relazionale e le competenze socio-emotive nella scuola secondaria di primo grado.

Proponente: [nome], musicoterapeuta (norma UNI 11592). Destinatario: Scuola secondaria di primo grado “A. Frank” — anno pilota su due classi seconde. Durata: un anno scolastico (intervento nel secondo quadrimestre). Budget complessivo: € 2.600,00.

Abstract

Il progetto propone un percorso di promozione del benessere per due classi seconde (48 studenti di 12-13 anni): 10 laboratori musicali per classe, centrati su songwriting di gruppo (la scrittura condivisa di canzoni), improvvisazione e produzione musicale, più due incontri di formazione per i docenti e un incontro con le famiglie. Non è un intervento clinico: è un progetto preventivo che lavora sulle competenze socio-emotive — riconoscere ed esprimere le emozioni, cooperare, dare e ricevere riscontri — attraverso un linguaggio, la musica, centrale nell'identità adolescente. Obiettivi: migliorare il clima di classe percepito e aumentare la partecipazione degli studenti più isolati, misurati con questionari standardizzati pre-post e osservazione strutturata. L'anno pilota produce i dati per l'eventuale estensione del progetto alle altre classi dell'istituto.

1. Analisi del contesto e dei bisogni

La scuola “A. Frank” conta 360 studenti. Lo sportello psicologico d'istituto segnala un aumento delle richieste legate ad ansia, isolamento e conflittualità tra pari, in linea con i dati nazionali sul disagio adolescenziale post-pandemico; i consigli delle classi seconde — l'anno centrale e più turbolento del triennio — riferiscono in particolare due classi con clima affaticato: episodi di esclusione, sottogruppi rigidi, scarsa partecipazione di alcuni studenti. La dirigenza cerca interventi di promozione del benessere che non abbiano il formato (e lo stigma) dell'intervento psicologico, e che raggiungano tutta la classe anziché i soli studenti segnalati.

La letteratura sull'apprendimento socio-emotivo documenta che i programmi scolastici strutturati su queste competenze migliorano il clima, i comportamenti prosociali e perfino i risultati scolastici (Durlak et al., 2011). La musica è un mezzo privilegiato per questa fascia d'età: è il linguaggio con cui gli adolescenti costruiscono identità e appartenenza, e le pratiche musicali di gruppo — in particolare il songwriting, la scrittura condivisa di canzoni — offrono un contesto protetto per esprimere ciò che a parole non passa

(McFerran, 2010). Il songwriting è qui inteso come processo di facilitazione condiviso con gli studenti: i testi, le scelte musicali e le decisioni espressive appartengono al gruppo, non al conduttore (Caneva, 2007).

2. Destinatari

Destinatari diretti: le due classi seconde segnalate, al completo (48 studenti, 12-13 anni). La scelta della classe intera è costitutiva del progetto: lavorare solo con gli studenti “problematici” riprodurrebbe l'esclusione che si vuole contrastare: è la logica della musicoterapia di comunità (Stige & Aarø, 2012), che lavora sul contesto e non sul singolo estratto dal contesto. All'interno delle classi, il consiglio di classe individua 4-6 studenti con bisogni specifici di partecipazione (isolamento, ritiro, conflittualità), per i quali vengono definiti obiettivi individuali con scala GAS, senza che ciò sia reso visibile al gruppo.

Consensi: informativa e consenso dei genitori per tutte le attività; consenso separato per le eventuali registrazioni dei prodotti musicali; partecipazione alle attività sempre rispettosa dell'assenso degli studenti.

Destinatari indiretti: i docenti delle due classi (formazione di 4 ore complessive su strategie musicali e gestione del gruppo), le famiglie (incontro di presentazione e restituzione finale), l'istituto (modello pilota documentato).

3. I portatori di interesse

Portatore di interesse	Interesse	Potere	Strategia
Dirigente scolastico	Alto	Alto	Gestire attivamente: è chi cerca l'intervento e chi deciderà l'estensione; report dell'anno pilota con i dati
Coordinatori delle due classi seconde	Alto	Medio	Coinvolgere: individuazione degli studenti con obiettivi specifici, punto intermedio dopo il laboratorio 5
Docenti presenti ai laboratori	Alto	Medio	Coinvolgere e formare: 4 ore di formazione, e in aula partecipano alle attività, non assistono
Psicologa dello sportello d'istituto	Medio	Medio	Tenere informata: raccordo sul confine fra promozione del benessere e presa in carico clinica
Famiglie	Alto	Medio	Tenere informate: incontro di presentazione, consenso separato per le registrazioni, restituzione finale
Le altre classi dell'istituto	Basso	Basso	Monitorare: la presentazione finale aperta previene il «perché loro sì e noi no»

4. Finalità e obiettivi

Finalità: contribuire al benessere relazionale e alla prevenzione del disagio nella comunità scolastica.

Obiettivo generale: migliorare il clima relazionale delle due classi e la partecipazione degli studenti più isolati.

Obiettivo specifico 1: miglioramento del clima di classe percepito entro la fine di maggio, misurato con questionario standardizzato sulle capacità e difficoltà relazionali (SDQ, versione per studenti e per docenti) compilato a T0 e a T2 — il

T2 è a maggio, dopo l'evento finale, non alla chiusura dei laboratori di aprile —, con miglioramento apprezzabile nelle scale prosociali per entrambe le classi.

Obiettivo specifico 2: entro la fine del percorso, ciascuno degli studenti individuati con obiettivi specifici parteciperà attivamente (con contributi verbali, musicali o organizzativi) ad almeno 7 dei 10 laboratori, documentato con griglia osservativa; baseline attesa: 2-3.

Obiettivo specifico 3: entro il decimo laboratorio ogni classe avrà completato almeno una canzone originale scritta collettivamente, che sarà presentata nell'evento finale di maggio, come prodotto tangibile del percorso (la presentazione è il prodotto; il cambiamento relazionale misurato dagli obiettivi 1 e 2 è il risultato).

5. Metodologia e attività

Formato: 10 laboratori di 60 minuti per classe, a cadenza settimanale nel secondo quadrimestre, in orario curricolare con la presenza del docente dell'ora, in aula musica o spazio polifunzionale.

Percorso: i laboratori 1-3 costruiscono il gruppo e il linguaggio comune (giochi ritmici cooperativi, improvvisazioni a grande gruppo, ascolti portati dagli studenti e discussi); i laboratori 4-8 sviluppano il songwriting collettivo — dalla raccolta dei temi che la classe sceglie di raccontare, alla scrittura del testo per piccoli gruppi, alla costruzione musicale con strumenti dal vivo e strumenti digitali (basi, registrazione con dispositivi semplici); i laboratori 9-10 rifiniscono e preparano la presentazione, con una restituzione finale aperta all'altra classe e ai docenti.

Materiali: strumentario ritmico a disposizione della classe (percussioni a mano, boomwhackers, una tastiera e una o due chitarre); un computer o un tablet con un programma di registrazione semplice, un microfono e un diffusore per fissare le tracce del brano collettivo; fogli grandi o lavagna per la scrittura condivisa del testo. Niente richiede un'aula attrezzata: l'essenziale è uno spazio in cui si possa fare rumore senza disturbare.

Le regole del lavoro (ogni proposta viene ascoltata; si può passare il turno; le decisioni sul brano si prendono insieme) sono esse stesse il contenuto socio-emotivo del percorso: cooperazione, ascolto, negoziazione, gestione del giudizio.

Formazione docenti: due incontri di 2 ore (prima e dopo il ciclo) su strategie musicali per la gestione del gruppo e sull'uso dei materiali prodotti. Chi eroga: musicoterapeuta con esperienza con adolescenti; il docente presente partecipa alle attività, non assiste. Le modifiche al percorso (temi scelti, equilibri dei piccoli gruppi) sono parte del metodo e vengono documentate nella scheda di laboratorio.

6. Cronoprogramma

Ottobre-dicembre: presentazione al collegio docenti, accordo con i consigli di classe, incontro con le famiglie, consensi. Gennaio: questionari T0 (studenti e docenti), individuazione degli studenti con obiettivi specifici, costruzione delle scale GAS con i coordinatori. Febbraio-aprile: 10 laboratori per classe (20 incontri), griglia osservativa per ogni laboratorio, punto intermedio con i coordinatori dopo il laboratorio 5. Maggio: presentazioni finali, questionari T2, restituzione a docenti e famiglie, report alla dirigenza con la proposta per l'anno successivo.

7. Risorse e budget

Voce	Descrizione	Importo
Laboratori	20 incontri di 60 minuti (20 ore a € 45)	€ 900
Preparazione e documentazione	12 ore	€ 540
Formazione docenti	4 ore	€ 180
Incontri con famiglie e restituzioni	2 ore	€ 90
Valutazione e report finale	8 ore	€ 360
Supervisione	4 ore a € 70	€ 280
Materiali	Piccolo strumentario, materiali per registrazione, stampati	€ 250
Totale		€ 2.600

Costo per studente: € 54. Costo per incontro: € 130. Il dimensionamento è compatibile con i fondi per il benessere scolastico e il contrasto alla dispersione; il progetto si presta inoltre a candidature su bandi di fondazioni territoriali, per i quali l'anno pilota fornisce i dati di partenza.

8. Valutazione e monitoraggio

Questionari standardizzati: SDQ nella versione per studenti e nella versione per docenti, a T0 (prima dei laboratori) e T2 (alla fine), per entrambe le classi; il doppio punto di vista costituisce la triangolazione di base.

Griglia osservativa di laboratorio: partecipazione per studente (assente, passiva, su sollecitazione, attiva, propositiva), episodi di esclusione o conflitto, episodi di cooperazione spontanea; compilata subito dopo ogni incontro.

Scale GAS per gli studenti con obiettivi individuali. Esempio — studente con marcato isolamento. Area: partecipazione alle attività di gruppo. Livello -2: rifiuto o assenza nella maggioranza dei laboratori. -1: presenza passiva, nessun contributo spontaneo. 0 (atteso): contributi su invito in almeno la metà dei laboratori, almeno un contributo spontaneo nel percorso. +1: contributi spontanei regolari (verbali, musicali od organizzativi). +2: ruolo riconosciuto nel prodotto finale (scrive, suona, canta o coordina), citato dai compagni nella restituzione.

Fonti qualitative: i testi delle canzoni prodotte (temi emersi), il riscontro scritto dei docenti, un giro di parola finale documentato per ciascuna classe.

Restituzioni: punto intermedio con i coordinatori (dopo il laboratorio 5); report finale alla dirigenza con dati pre-post, lettura qualitativa e raccomandazioni per l'estensione.

9. Rischi e piano di continuità

Rischi principali: resistenza iniziale degli adolescenti ("è roba da bambini") — mitigazione: estetica musicale vicina ai loro linguaggi, strumenti digitali, scelta dei temi affidata alla classe; esposizione eccessiva di contenuti personali nei testi — mitigazione: patto chiaro sul confine tra espressione e privacy, coordinamento con lo sportello psicologico per eventuali segnalazioni; ore sottratte alla didattica percepite come un costo dai docenti — mitigazione: calendario concordato nei consigli di classe, rotazione delle ore; discontinuità

per gite e verifiche — mitigazione: calendario costruito sul piano annuale delle attività.

Continuità: i docenti formati acquisiscono strategie utilizzabili oltre il progetto; le canzoni prodotte restano alla scuola come patrimonio identitario delle classi; il report finale fornisce i dati per l'estensione del progetto alle altre classi nell'anno successivo, eventualmente con candidatura a un bando territoriale.

10. Bibliografia essenziale

Caneva, P. A. (2007). *Songwriting: La composizione di canzoni come strategia di intervento musicoterapico*. Armando Editore.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

McFerran, K. (2010). *Adolescents, music and music therapy: Methods and techniques for clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley.

Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. Routledge.

11. Profilo professionale

[Mezza pagina: formazione musicoterapica, esperienza con adolescenti e in contesto scolastico, competenze di songwriting e produzione musicale anche digitale. Orientato al contesto educativo e di comunità.]

Progetto 5

Risonanze di ripresa

Percorsi musicali orientati alla recovery — il percorso personale di ripresa di una vita significativa con o oltre la malattia mentale — per persone adulte in carico al servizio di salute mentale.

Proponente: [nome], musicoterapeuta (norma UNI 11592). Destinatario: Centro diurno del Dipartimento di Salute Mentale — [città]. Durata: 12 mesi. Budget complessivo: € 9.205,00.

Abstract

Il progetto propone al centro diurno un intervento musicale orientato alla recovery articolato su tre livelli: un gruppo musicale settimanale aperto (40 incontri di 90 minuti), quattro percorsi individuali di songwriting, la scrittura di canzoni come processo condiviso con la persona (10 incontri ciascuno), e tre eventi musicali aperti alla comunità. L'orizzonte teorico è quello della musicoterapia di comunità e degli approcci orientati alle risorse: le persone partecipano come musicisti, non come destinatari di una prestazione. Obiettivi: aumentare la recovery percepita (misurata con scala validata autocompilata), la partecipazione sociale e la continuità di frequenza al centro. La valutazione integra scale autocompilate a inizio, metà e fine anno, dati di frequenza e interviste narrative. Il progetto è costruito con l'équipe del centro e prevede il coinvolgimento progressivo dei partecipanti nella conduzione delle attività, come pratica di riappropriazione di potere personale (empowerment) e come strategia di continuità.

1. Analisi del contesto e dei bisogni

Il centro diurno segue circa 40 persone adulte (25-65 anni) con disturbi psichiatrici maggiori stabilizzati — psicosi, disturbi dell'umore ricorrenti, disturbi d'ansia gravi — in carico al Dipartimento di Salute Mentale. L'équipe segnala tre bisogni ricorrenti che le attività esistenti coprono solo in parte: l'isolamento sociale (molte persone frequentano il centro ma non hanno relazioni fuori); la povertà di ruoli (le persone sono "utenti" da anni: pochi contesti restituiscono loro un ruolo attivo e riconosciuto); la discontinuità di frequenza, con abbandoni nei periodi di flessione.

Il paradigma della recovery riformula l'obiettivo dei servizi: non solo la riduzione dei sintomi (compito dei percorsi clinici), ma la ricostruzione di connessione, speranza, identità, senso e potere personale — i cinque processi del modello CHIME (Leamy et al., 2011). La musica è un terreno privilegiato per questo lavoro: la letteratura documenta gli effetti della musicoterapia sullo stato globale, sui sintomi negativi e sul funzionamento sociale nelle psicosi (Geretsegger et al.,

2017) e una relazione tra quantità di sedute ed effetto (Gold et al., 2009); gli approcci orientati alle risorse (Rolvjord, 2010) e la musicoterapia di comunità (Stige & Aarø, 2012) mostrano come il fare musica insieme — fino alla dimensione dell'esibizione pubblica — costruisca esattamente i processi che la recovery richiede: appartenenza, identità non definita dalla diagnosi, ruoli sociali reali.

L'intervento si propone quindi non come "attività di intrattenimento" né come terapia sintomatica, ma come dispositivo di recovery: un luogo dove le persone sono musicisti di un gruppo che prova, decide, produce e si presenta alla comunità.

2. Destinatari

Destinatari diretti: 12-16 persone nel corso dell'anno per il gruppo settimanale aperto; 4 persone per i percorsi individuali di songwriting. Criteri di inclusione: età 18-65; presa in carico attiva al centro; condizione clinica stabilizzata secondo l'équipe; interesse per le attività musicali (nessuna competenza richiesta); consenso informato. Criteri di esclusione: fase clinica acuta (con possibilità di ingresso o rientro alla stabilizzazione, concordata con l'équipe). L'accesso avviene su proposta dell'équipe o per richiesta diretta della persona; il formato aperto consente ingressi durante l'anno.

I percorsi individuali di songwriting sono proposti a persone per cui l'équipe individua un bisogno specifico di elaborazione narrativa e di consolidamento identitario, con obiettivi individuali definiti tramite scala GAS.

Destinatari indiretti: l'équipe del centro (un linguaggio e un setting aggiuntivi), i familiari, la comunità territoriale raggiunta dagli eventi pubblici.

3. I portatori di interesse

Portatore di interesse	Interesse	Potere	Strategia
Responsabile del centro diurno	Alto	Alto	Gestire attivamente: co-progettazione, spazi, calendario, raccordo mensile
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale	Medio	Alto	Tenere soddisfatto: autorizza e finanzia; report semestrale e nessuna sorpresa sugli eventi pubblici
Équipe del centro	Alto	Medio	Coinvolgere: propone gli accessi, legge con noi le flessioni di frequenza, riceve riconoscimento del contributo
Psichiatri curanti	Medio	Alto	Tenere soddisfatti: con loro si concordano la stabilizzazione e i rientri dopo le fasi acute
Familiari	Alto	Basso	Tenere informati: invito agli eventi solo con il consenso della persona
Realtà locali che ospitano gli eventi	Medio	Medio	Coinvolgere presto: date, logistica e comunicazione dei due eventi pubblici si concordano mesi prima
Altre persone in carico al centro	Basso	Basso	Monitorare: il gruppo è aperto e i criteri di ingresso sono espliciti

4. Finalità e obiettivi

Finalità: contribuire ai percorsi di recovery e all'inclusione sociale delle persone con esperienza di disturbo psichiatrico.

Obiettivo generale: aumentare la recovery percepita e la partecipazione sociale delle persone coinvolte.

Obiettivo specifico 1: al termine dei 12 mesi, aumento clinicamente apprezzabile del punteggio della scala di valutazione della recovery (RAS, Recovery Assessment Scale, autocompilata) rispetto alla baseline, per almeno il 60% dei partecipanti stabili (presenti ad almeno 25 incontri su 40).

Obiettivo specifico 2: frequenza media del gruppo non inferiore a 8 partecipanti per incontro lungo tutto l'anno, con un tasso di abbandono (uscite non concordate) inferiore al 25%: la continuità di frequenza è qui un risultato, non un prodotto, perché misura l'aggancio relazionale di persone con storie di discontinuità.

Obiettivo specifico 3: almeno il 70% dei membri stabili del gruppo assume un ruolo attivo (suonare, cantare, presentare, organizzare) in almeno uno dei 3 eventi musicali aperti alla comunità previsti entro i 12 mesi (ai mesi 4, 8 e 12), documentato per ruoli: i tre eventi sono il prodotto, l'assunzione di un ruolo davanti alla comunità è il risultato, perché misura il passaggio da destinatario a protagonista.

Obiettivo specifico 4: al termine di ciascun percorso individuale (due nel primo semestre, due nel secondo), raggiungimento del livello atteso (0) o superiore della scala GAS concordata, in almeno 3 casi su 4.

5. Metodologia e attività

Primo livello — il gruppo musicale settimanale (40 incontri di 90 minuti): un gruppo aperto che funziona come una vera formazione musicale — una band, un piccolo ensemble — e non come un'attività erogata. Si ascolta, si prova repertorio scelto dal gruppo, si improvvisa, si scrivono brani originali; le decisioni (repertorio, arrangiamenti, organizzazione degli eventi) si prendono insieme, e progressivamente i partecipanti assumono ruoli di conduzione (scaldare la voce, proporre un brano, guidare una prova). Il musicoterapeuta facilita: garantisce l'accessibilità musicale a tutti i livelli di competenza, protegge lo spazio dei più fragili, accompagna le dinamiche del gruppo.

Secondo livello — i percorsi individuali di songwriting (4 persone, 10 incontri di 60 minuti ciascuna): la scrittura di canzoni come processo condiviso di elaborazione narrativa: la persona porta i temi, le immagini e le scelte musicali; il musicoterapeuta offre struttura e strumenti. I brani prodotti possono confluire, se la persona lo desidera, nel repertorio del gruppo o negli eventi: il passaggio dal privato al pubblico è esso stesso un movimento di recovery, e resta sempre una scelta della persona.

Terzo livello — gli eventi comunitari (3 nell'anno: uno interno al servizio, due in spazi pubblici del territorio in collaborazione con realtà locali): momenti in cui il gruppo si presenta come gruppo musicale, non come "i pazienti del centro". La preparazione degli eventi (programma, logistica, comunicazione) è parte del lavoro del gruppo e distribuisce ruoli reali.

Setting e materiali: sala del centro con strumentario di base (chitarre, tastiera, percussioni, microfoni), integrato dal progetto con piccola amplificazione e materiali per la registrazione.

Chi eroga: musicoterapeuta con esperienza in salute mentale, in raccordo mensile con l'équipe; supervisione clinica continuativa. Le modifiche al

programma (repertorio, ruoli, tempi) sono parte del metodo e vengono documentate.

6. Cronoprogramma

Mese 1: co-progettazione fine con l'équipe, presentazione alle persone, consensi, valutazioni iniziali (T0), avvio del gruppo. Mesi 2-11: gruppo settimanale continuativo; percorsi individuali (due nel primo semestre, due nel secondo); primo evento interno al mese 4; valutazione intermedia (T1) e raccordo di metà anno al mese 6; secondo evento (pubblico) al mese 8. Mese 12: terzo evento (pubblico), valutazioni finali (T2), interviste narrative, report e restituzione a équipe e partecipanti; definizione con il servizio della prosecuzione.

7. Risorse e budget

Voce	Descrizione	Importo
Gruppo settimanale	40 incontri di 90 minuti (60 ore a € 45)	€ 2.700
Percorsi individuali di songwriting	4 percorsi × 10 incontri (40 ore a € 45)	€ 1.800
Eventi comunitari	3 eventi, conduzione e preparazione musicale (9 ore a € 45)	€ 405
Preparazione documentazione	e 30 ore	€ 1.350
Raccordo con l'équipe	12 incontri mensili (12 ore)	€ 540
Valutazioni (T0, T1, T2) e interviste	10 ore	€ 450
Report finale	8 ore	€ 360
Supervisione clinica	10 ore a € 70	€ 700
Strumentazione materiali	e Amplificazione, registrazione, piccolo strumentario	€ 600
Logistica eventi	SIAE/spazi/stampati per i due eventi pubblici	€ 300
Totale		€ 9.205

Costo per persona: circa € 575 (su 16 partecipanti stimati nell'anno). Il dimensionamento è pensato per la progettualità annuale del Dipartimento o per bandi di fondazioni sul tema dell'inclusione; gli spazi e lo strumentario di base del centro costituiscono il cofinanziamento della struttura.

8. Valutazione e monitoraggio

Scala di valutazione della recovery (RAS), autocompilata a T0, T1 (6 mesi) e T2 (12 mesi): è la misura principale, coerente con un progetto in cui il punto di vista della persona è il dato che conta.

Dati di frequenza e di ruolo: registro presenze del gruppo; per ogni evento, documentazione dei ruoli assunti da ciascun partecipante (musicale, organizzativo, comunicativo).

Scale GAS per i percorsi individuali. Esempio — Mario, 45 anni, disturbo bipolare, marcato ritiro sociale. Area: partecipazione e ruolo nel gruppo musicale. Livello -2: interrompe il percorso individuale o non entra mai nel gruppo. -1: completa il percorso individuale ma senza alcun passaggio al

gruppo. 0 (atteso): porta almeno un proprio brano nel gruppo e partecipa stabilmente agli incontri nell'ultimo trimestre. +1: partecipa a un evento pubblico con un ruolo scelto da lui. +2: assume un ruolo continuativo riconosciuto dal gruppo (ad esempio cura l'apertura degli incontri o la scaletta degli eventi).

Fonti qualitative: interviste narrative semi-strutturate a T2 con i partecipanti stabili (cosa è cambiato, con parole loro); riscontro scritto dell'équipe; materiali prodotti (brani, testi, registrazioni — con i consensi relativi).

Triangolazione: autovalutazione delle persone (RAS, interviste), osservazione del musicoterapeuta (registri, schede), punto di vista dell'équipe. Restituzioni: raccordo mensile con l'équipe; report intermedio a 6 mesi; report finale con dati e narrazione, presentato anche ai partecipanti — in un progetto di recovery, restituire i risultati prima di tutto alle persone non è una cortesia: è il metodo.

9. Rischi e piano di continuità

Rischi principali: riacutizzazioni cliniche durante l'anno (mitigazione: raccordo mensile con l'équipe, possibilità di sospensione e rientro concordati, protocollo condiviso per le situazioni di crisi negli incontri); esposizione pubblica vissuta come stressante (mitigazione: la partecipazione agli eventi è sempre una scelta, con ruoli graduabili anche non performativi); dipendenza del progetto dalla figura del musicoterapeuta (mitigazione: ruoli di conduzione progressivamente distribuiti nel gruppo, documentazione delle pratiche); stanchezza del gruppo nei mesi centrali (mitigazione: alternanza tra repertorio, scrittura e preparazione eventi, verifica di gradimento informale trimestrale).

Continuità: l'obiettivo dichiarato del secondo anno è un gruppo a conduzione mista (musicoterapeuta + partecipanti con ruoli stabili) con frequenza quindicinale del professionista; lo strumentario e i materiali restano al centro; i contatti costruiti con le realtà musicali del territorio negli eventi pubblici sono il capitale sociale su cui costruire la dimensione comunitaria stabile.

10. Bibliografia essenziale

Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X.-J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

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>

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>

Rolvsjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Publishers.

Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. Routledge.

11. Profilo professionale

[Mezza pagina: formazione musicoterapica, esperienza in salute mentale e in contesti di comunità, competenze di songwriting e di conduzione di gruppi musicali, esperienza di lavoro in équipe. Orientato al contesto dei servizi di salute mentale.]

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).

Quaderno dei progetti

Come si adatta la stessa struttura progettuale a una residenza per anziani e a una classe di scuola primaria, a un reparto di neuroriabilitazione e a un centro diurno di salute mentale? Questo quaderno risponde con l'unico mezzo convincente: cinque progetti completi, scritti per esteso, pronti da studiare e da adattare.

Una RSA dove la musica biografica riduce l'agitazione delle persone con demenza; una classe terza con sei bambini che imparano ad aspettare il proprio turno nei giochi ritmici; un ambulatorio dove il ritmo riorganizza il cammino dopo l'ictus; una scuola secondaria che scrive canzoni per lavorare sul clima di classe; un gruppo musicale orientato alla recovery in salute mentale. Per ciascuno: contesto e bisogni documentati, obiettivi misurabili, metodologia, cronoprogramma, budget verificato voce per voce, impianto di valutazione, rischi e continuità.

Non sono modelli da fotocopiare: sono esempi da interrogare, con la struttura del manuale che accompagnano e i numeri realistici dell'Italia di oggi.

Volume 3 di 5, gemello operativo di *“Progettare in musicoterapia”* (2). L'opera comprende anche *“Osservare”* (1), *“Valutare in musicoterapia”* (4) e *“Gli strumenti degli altri”* (5).

