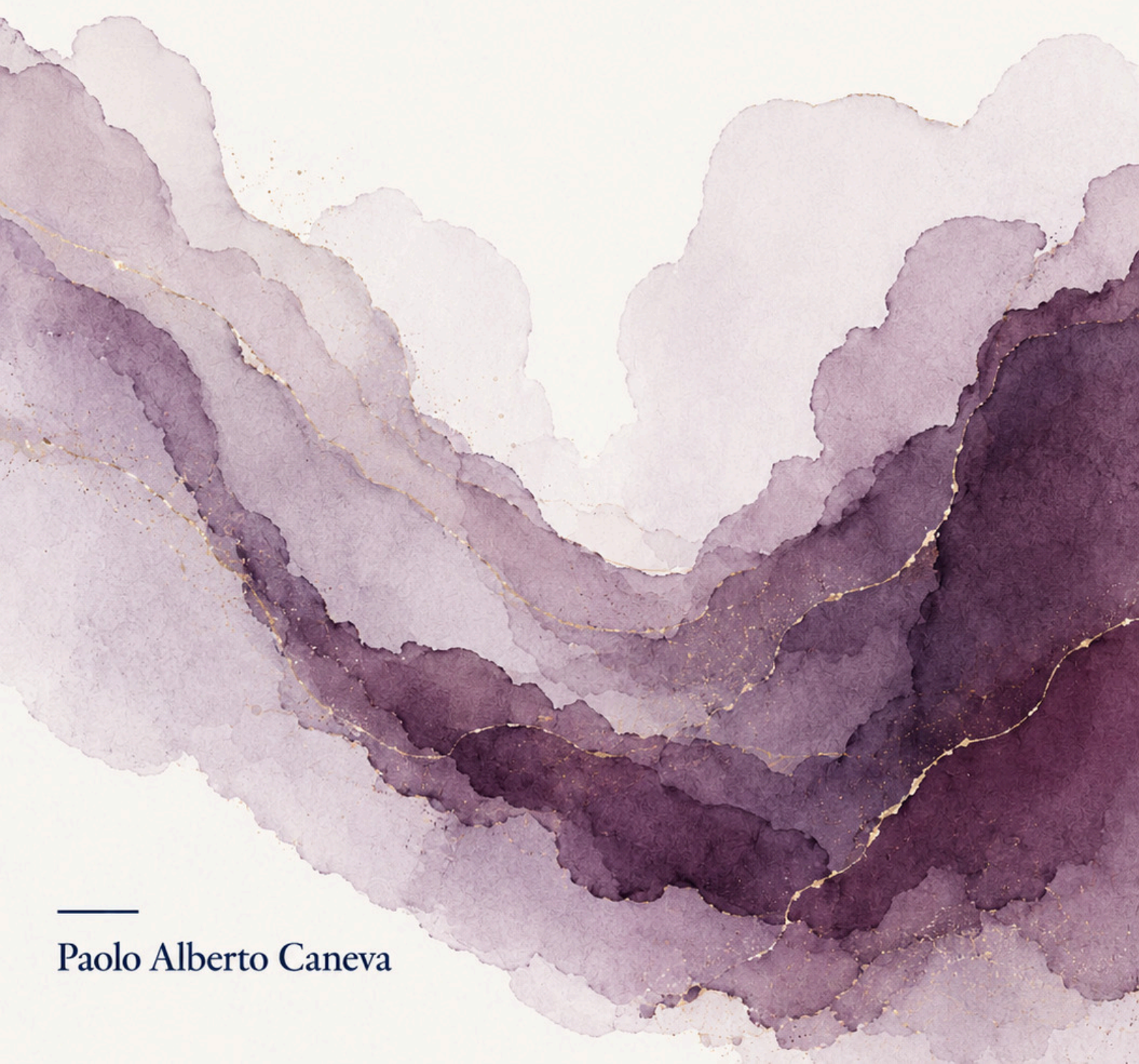


VALUTARE.

in musicoterapia

Paolo Alberto Caneva



COLLANA IL MESTIERE SI IMPARA
4/5

Paolo Alberto Caneva

VALUTARE

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). *Valutare 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 volume.....	7
L'opera.....	8
PARTE I LA LOGICA DELLA VALUTAZIONE.....	9
Capitolo 1 Perché valutare, e per chi.....	10
1.1 Tre paure da disinnescare.....	10
1.2 Tre momenti, tre funzioni.....	10
1.3 Per chi si valuta.....	11
Il capitolo in poche righe.....	11
Capitolo 2 I fondamenti della misura, in parole comuni.....	13
2.1 Costrutto e indicatore.....	13
2.2 Attendibilità.....	13
2.3 Validità.....	13
2.4 Sensibilità al cambiamento.....	14
2.5 L'errore di misura.....	14
Il capitolo in poche righe.....	14
Capitolo 3 Il disegno della valutazione.....	15
3.1 Il confronto prima-dopo, e i suoi limiti onesti.....	15
3.2 I disegni a caso singolo.....	15
3.3 Quanto cambiamento è “abbastanza”? Significatività clinica.....	16
3.4 La triangolazione come disegno.....	17
3.5 La fedeltà dell'intervento.....	17
Il capitolo in poche righe.....	17
Capitolo 4 La valutazione qualitativa.....	18
4.1 L'osservazione strutturata e il diario clinico.....	18

4.2 L'episodio significativo.....	18
4.3 L'intervista e il punto di vista delle persone.....	18
4.4 I materiali musicali come dati.....	19
4.5 Integrare: il disegno misto.....	19
Il capitolo in poche righe.....	19
Capitolo 5 La valutazione individualizzata: la GAS, da vicino.....	20
5.1 Origine e logica.....	20
5.2 La costruzione, passo per passo.....	20
5.3 Punteggio e aggregazione.....	21
5.4 Gli errori, rivisti da vicino.....	21
5.5 Il posto della GAS nell'impianto.....	21
Il capitolo in poche righe.....	21
Capitolo 6 Dal dato al report.....	23
6.1 La struttura del report finale.....	23
6.2 Mostrare i dati: il minimo che basta.....	23
6.3 Le restituzioni: stessi dati, lingue diverse.....	23
6.4 L'etica del dato, riassunta.....	24
6.5 Oltre il report: il dato che diventa disciplina.....	24
Il capitolo in poche righe.....	24
PARTE II GLI STRUMENTI DELLA MUSICOTERAPIA.....	25
Capitolo 7 Perché la musicoterapia ha bisogno di strumenti propri.....	26
7.1 Ciò che gli strumenti degli altri non vedono.....	26
7.2 Come leggere le schede che seguono.....	27
7.3 Tre famiglie.....	27
Il capitolo in poche righe.....	28
Capitolo 8 Gli strumenti da conoscere.....	29
8.1 IMTAP — Il profilo di valutazione musicoterapica individualizzato.....	29
8.2 IMCAP-ND — Il profilo musicocentrato per i disturbi del neurosviluppo....	29
8.3 MATADOC — La valutazione musicoterapica degli stati di coscienza.....	30

8.4 MiDAS — Le scale di valutazione della musica nella demenza.....	30
8.5 I profili di Bruscia per l'improvvisazione.....	31
8.6 Le scale Nordoff-Robbins e l'AQR: la relazione come oggetto di misura.....	32
8.7 Il panorama italiano.....	33
Il capitolo in poche righe.....	35
Capitolo 9 Scegliere e combinare gli strumenti.....	36
9.1 La tabella di orientamento.....	36
9.2 La logica della combinazione.....	36
9.3 Tre domande prima di adottare qualsiasi strumento.....	37
Il capitolo in poche righe.....	37
Bibliografia.....	38
Lecture consigliate.....	40
Risorse in rete.....	40
Note sull'autore.....	42

Come usare questo volume

Questo volume accompagna “Progettare in musicoterapia” e ne sviluppa il capitolo che lì poteva essere solo abbozzato: come si misura il cambiamento. Il manuale di progettazione ti ha insegnato a promettere risultati verificabili. Questo ti insegna a verificarli — e a leggere le verifiche degli altri professionisti con cui lavori.

Il volume è in **due parti**, pensate per due usi diversi. La Parte I (la logica della valutazione) si legge dall'inizio alla fine: è il fondamento metodologico, e senza di essa la seconda parte è un catalogo muto. La Parte II (gli strumenti della musicoterapia) presenta gli strumenti di valutazione costruiti dentro la nostra disciplina, per osservare ciò che accade nella musica e nella relazione sonora. Si legge una volta per intero e poi si consulta.

C'è una terza cosa che ti servirà, e non è qui: il repertorio dei test e delle scale che incontrerai nei quattro grandi contesti di lavoro — preventivo, educativo, riabilitativo, sociosanitario. Quel materiale è diventato il volume 5 della collana, “Gli strumenti degli altri”, perché è di un altro genere: non si legge in poltrona, si usa come si usa un atlante. Ogni volta che in queste pagine leggerai “il volume 5” o “gli strumenti degli altri”, è a quel repertorio che ti sto mandando. I due volumi sono le due metà di una operazione sola, e la regola che le tiene insieme è quella dell'impianto: ogni progetto ha almeno una misura che parla al contesto — la scegli nel volume 5 — e almeno una misura che vede la musica, che scegli qui.

Le regole della collana valgono anche qui. Ogni sigla e ogni termine inglese viene tradotto e spiegato alla prima occorrenza, e poi usato in modo costante. Non troverai la parola “pazienti”: lavoriamo con persone, e il modo in cui le nominiamo nei nostri documenti è già parte del nostro posizionamento professionale. Le citazioni seguono lo stile APA, settima edizione. Tutte le fonti sono state verificate sulle banche dati nella preparazione di questo volume.

Una regola in più va detta subito, perché attraversa questo volume e il quinto: conoscere uno strumento non significa essere autorizzati a somministrarlo. Vale per molti degli strumenti degli altri, che richiedono titoli professionali, formazione abilitante o supervisione specifica; e vale, in misura diversa, anche per gli strumenti musicoterapici della Parte II, che hanno manuali, corsi e requisiti di formazione propri. La competenza che questi volumi costruiscono è anzitutto una competenza di lettura e di dialogo: capire cosa misurano i colleghi, partecipare al ragionamento clinico condiviso, documentare il proprio lavoro con misure riconoscibili. Dove uno strumento è invece accessibile al musicoterapeuta formato, lo diciamo esplicitamente.

Per il progetto di tirocinio ti bastano la Parte I e il capitolo del volume 5 relativo al tuo contesto. La Parte II diventerà importante quando vorrai documentare

non solo gli esiti del tuo lavoro, ma ciò che accade dentro la musica — ed è lì che la nostra disciplina ha ancora più bisogno di mani. Pochi degli strumenti musicoterapici internazionali hanno una versione italiana, e quasi nessuno una validazione italiana. Per uno studente che cerca un tema di tesi questo non è una mancanza: è un invito. E l'invito ora ha uno strumento: la guida del corso "La tesi in musicoterapia". Ti accompagna dalla domanda di ricerca alla discussione, e riprende il filo conduttore di questi volumi.

L'opera

Questo è il volume 4 di un'opera in cinque volumi che copre l'intero ciclo del mestiere del musicoterapeuta. La compongono: 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. Il quinto è un repertorio e sta a fianco degli altri, come il dizionario sta a fianco della grammatica. Ma ciascuno si legge anche da solo, e 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.

PARTE I

LA LOGICA DELLA VALUTAZIONE

Capitolo 1

Perché valutare, e per chi

1.1 Tre paure da disinnescare

Quando si parla di valutazione, gli studenti di musicoterapia portano in aula **tre paure ricorrenti**, e conviene nominarle subito.

La prima: “misurare tradisce la relazione”. È la paura che ridurre a numeri un’esperienza musicale e umana ne uccida la natura. La risposta è che misurare non sostituisce l’esperienza: la documenta. Nessuna scala pretende di contenere ciò che accade tra te e una persona quando la musica funziona. Pretende, molto più modestamente, di registrare se alcuni segnali osservabili di quel funzionamento aumentano o diminuiscono nel tempo. La relazione resta intera; la misura ne fotografa l’ombra — ed è dell’ombra che il sistema sanitario, scolastico e sociale ha bisogno per riconoscere il tuo lavoro.

La seconda: “la valutazione è un giudizio su di me”. No: è un giudizio sull’intervento, in quel contesto, con quelle persone, in quel momento. Un risultato mancato è un’informazione clinica, non una pagella. Il professionista che valuta seriamente fallisce per iscritto, qualche volta, ed è esattamente questo che lo rende credibile quando documenta i successi.

La terza: “non sono uno statistico”. Non devi esserlo. La valutazione di cui hai bisogno per la pratica clinica si regge su idee semplici: un punto di partenza, misure ripetute, un confronto onesto. E su una manciata di concetti che questo volume ti dà in parole comuni. Per i progetti di ricerca veri servirà un metodologo in équipe: sapere quando chiamarlo è anch’essa una competenza valutativa.

1.2 Tre momenti, tre funzioni

La parola “valutazione” copre tre attività diverse, che conviene distinguere una volta per tutte perché hanno logiche, strumenti e tempi diversi.

La valutazione iniziale (in inglese *assessment*) risponde alla domanda: chi è questa persona, cosa sa fare, di cosa ha bisogno, come risponde alla musica? Si fa prima dell’intervento e serve a costruire il progetto. I suoi strumenti sono il colloquio, l’osservazione sistematica, la storia musicale e — quando servono — gli strumenti formali della Parte II e del volume 5. Produce il punto di partenza (la baseline) rispetto a cui ogni cambiamento futuro sarà letto.

Il monitoraggio (in inglese *monitoring*) risponde alla domanda: stiamo andando nella direzione prevista? Si fa durante l’intervento, con strumenti leggeri e ripetibili — griglie di seduta, scale rapide, diario clinico — e autorizza gli aggiustamenti di rotta. Senza monitoraggio, la valutazione finale è una scommessa scoperta solo all’ultimo giorno.

La valutazione degli esiti (in inglese outcome evaluation) risponde alla domanda: cosa è cambiato, per chi, e quanto? Confronta le misure finali con la baseline, integra le fonti, e produce il report che chiude il cerchio aperto dal progetto.

Una nota terminologica, perché nella letteratura internazionale incontrerai una coppia di parole che l'italiano fonde in una sola. L'inglese distingue assessment da evaluation. Il primo termine indica la fase volta a comprendere la persona, le sue condizioni, i suoi bisogni e le sue risorse; il secondo la fase volta a determinare se il trattamento è stato efficace. È la distinzione di Bruscia (2023, citato in Bieker, 2024), che ricalca i nostri primo e terzo momento.

Ma la distinzione non è applicata in modo uniforme nemmeno in inglese: nella lingua franca della produzione scientifica è assessment a prevalere su evaluation, e a funzionare da termine ombrello. In italiano l'oscillazione si ripete — talvolta si disambigua prendendo in prestito assessment e opponendolo a valutazione — ed è una distinzione né formalizzata né universalmente accolta (Bieker, 2024). Qui facciamo la stessa scelta che Bieker dichiara per il suo contributo: usiamo valutazione come termine ombrello, e distinguiamo i momenti con gli aggettivi — iniziale, di monitoraggio, degli esiti.

E vale la pena dirlo subito, con le parole giuste: la valutazione non coincide con i test. L'equazione **valutazione = somministrare strumenti di misura** è il primo fraintendimento da sgombrare (Bieker, 2024). I mezzi valutativi comprendono interviste, osservazione, analisi della documentazione, ascolto clinico: i test sono una delle opzioni, da scegliere quando servono. L'intero impianto di questo volume — la Parte I prima della Parte II — è costruito su questa gerarchia.

1.3 Per chi si valuta

Si valuta per **quattro destinatari**, e ciascuno legge i dati con occhi diversi.

Per la persona e la sua famiglia, che hanno diritto di sapere se il percorso sta producendo qualcosa, in una lingua che possano capire.

Per l'équipe e il committente, che decidono se rinnovare, estendere o chiudere l'intervento, e che ragionano con i numeri e con gli strumenti che conoscono.

Per te stesso, perché la valutazione è il principale strumento di apprendimento professionale che possiedi: i tuoi dati ti dicono cosa funziona nelle tue mani, non in quelle degli autori degli articoli.

E **per la disciplina**, perché ogni intervento ben documentato — anche piccolo, anche con esito negativo — è un mattone della credibilità collettiva della musicoterapia.

Questa pluralità di destinatari ha una conseguenza pratica che ritroverai in tutto il volume: nessuna misura singola serve tutti. Il punteggio di una scala validata parla all'équipe ma dice poco alla famiglia. L'episodio significativo raccontato bene parla alla famiglia ma non basta al committente. Valutare bene significa costruire un impianto a più voci — ed è per questo che la triangolazione, che incontrerai nel capitolo 3, non è un lusso metodologico ma il cuore del mestiere.

Il capitolo in poche righe

Le tre paure che circondano la valutazione non reggono: la misura documenta la relazione senza sostituirla, giudica l'intervento e non te, e non richiede di essere statistici (1.1). La valutazione ha tre momenti con logiche e strumenti

propri — iniziale, monitoraggio, esiti — e non coincide con i test, che sono una delle opzioni (1.2). Si valuta per quattro destinatari: la persona e la famiglia, l'équipe e il committente, te stesso, la disciplina. Nessuna misura singola serve tutti, e per questo l'impianto è a più voci (1.3).

Capitolo 2

I fondamenti della misura, in parole comuni

Per usare bene gli strumenti della Parte II e del volume 5 non serve la psicomетria: servono cinque concetti, capiti davvero. Questo capitolo li spiega con esempi musicoterapici, perché è nel nostro lavoro che dovrai riconoscerli.

2.1 Costrutto e indicatore

Un costrutto è la cosa invisibile che ti interessa: l'attenzione, l'agitazione, la qualità della relazione, il benessere. Un indicatore è il segnale visibile con cui decidi di rintracciarla: i minuti di partecipazione continuativa, gli episodi registrati per settimana, gli scambi di sguardo durante il dialogo sonoro.

Ogni misura è un **ponte** tra i due. E ogni ponte **perde** qualcosa nel passaggio: i minuti di partecipazione non sono l'attenzione — ne sono una traccia ragionevole. Saperlo ti protegge da due errori opposti. Il primo è **credere che il numero sia la cosa**: si chiama riduzionismo. Il secondo è **rifiutare il numero perché non è la cosa**: si chiama romanticismo. Il numero è un testimone: parziale, ma interrogabile.

2.2 Attendibilità

Uno strumento è attendibile (in inglese reliable) se misura in modo **stabile**. La stabilità ha due facce. Se due osservatori guardano la stessa seduta, devono produrre punteggi simili: è l'accordo tra valutatori. E se lo stesso osservatore ripete la misura a distanza di poco tempo, a parità di condizioni, deve ritrovare punteggi simili: è la stabilità test-retest.

L'attendibilità non è una proprietà astratta dello strumento: dipende anche da come lo usi. Una griglia osservativa eccellente, compilata di fretta a fine giornata, è uno strumento inattendibile. Per questo la regola dei cinque minuti di documentazione immediata, in "Osservare", non era un consiglio di galateo. E quando nel volume 5 leggerai che una scala richiede un compilatore formato, è di attendibilità che si sta parlando: lo strumento regge solo nelle mani per cui è stato costruito.

2.3 Validità

Uno strumento è valido se misura **davvero** ciò che dichiara di misurare. È la domanda più profonda, ed è la più facile da dimenticare.

Un esempio. Una scala di "partecipazione musicale" che premia chi suona forte e penalizza chi ascolta intensamente può essere attendibilissima — e poco valida: misura l'esuberanza, non la partecipazione.

La validità si costruisce e si verifica in molti modi. Il contenuto copre tutte le facce del costrutto? I punteggi concordano con altri strumenti già validati?

Distinguono gruppi che dovrebbero essere diversi? Per l'uso clinico, però, ti basta la domanda di fondo, da farti ogni volta che adotti o costruisci una misura: se questo numero sale, sono sicuro che è salita la cosa che mi interessa — o potrebbe essere salito qualcos'altro?

2.4 Sensibilità al cambiamento

Uno strumento può essere attendibile e valido, e tuttavia **cieco al cambiamento** che ti interessa. Le scale diagnostiche nascono per distinguere chi ha una condizione da chi non ce l'ha; ai progressi che la musicoterapia produce in settimane o mesi sono spesso poco sensibili. Una persona può migliorare in modo clinicamente visibile restando nella stessa categoria diagnostica.

Per questo, in tutto il volume, distinguiamo **due famiglie**.

Gli strumenti di inquadramento descrivono la condizione: servono per l'assessment e per leggere le cartelle.

Gli strumenti di esito sono costruiti per registrare variazioni: servono per il monitoraggio e per la valutazione finale. Ed è per questo che esistono gli strumenti individualizzati come la scala di raggiungimento degli obiettivi, che incontrerai nel capitolo 5: quando il cambiamento atteso è su misura, anche il metro dev'esserlo.

2.5 L'errore di misura

Ogni misura **oscilla**. Una persona con demenza ha giornate buone e cattive; un bambino rende diversamente al mattino e dopo pranzo; tu stesso osservi con occhi diversi quando sei stanco. Questa oscillazione naturale è l'errore di misura: il rumore dentro cui devi distinguere il segnale.

Le difese pratiche sono tre, e costano poco. Misurare più volte: una baseline fatta di tre osservazioni vale incomparabilmente più di una fotografia singola, che potrebbe aver colto un giorno estremo. Misurare nelle stesse condizioni: stessa ora, stesso contesto, stesso compilatore, per quanto possibile. E diffidare dei cambiamenti piccoli su misure singole — il capitolo 3 ti insegnerà come trattarli.

C'è infine un fenomeno statistico che devi conoscere per nome, perché inganna chiunque non lo conosca: la **regressione verso la media**. Le persone entrano spesso nei percorsi terapeutici nel loro momento peggiore. Alla misurazione successiva molte staranno un po' meglio anche senza alcun intervento, semplicemente perché gli estremi tendono a rientrare. Una parte del "miglioramento" che osserverai dopo le prime settimane è questo. Non è una ragione di sconforto: è una ragione per avere baseline solide e aspettative oneste.

Il capitolo in poche righe

Il numero è un testimone del costruito, non il costruito (2.1). Uno strumento è attendibile se misura in modo stabile (2.2), valido se misura la cosa giusta (2.3), sensibile se vede il cambiamento che ti interessa (2.4). E poiché ogni misura oscilla, misura più volte, nelle stesse condizioni — e ricordati della regressione verso la media (2.5).

Capitolo 3

Il disegno della valutazione

Gli strumenti sono i mattoni; il disegno è l'architettura. Questo capitolo ti dà i disegni valutativi che puoi davvero usare nella pratica clinica — dal confronto prima-dopo ai disegni a caso singolo — e i criteri per giudicare quanto ciascuno dimostra.

3.1 Il confronto prima-dopo, e i suoi limiti onesti

Il disegno più semplice è quello che hai già incontrato in “Progettare”: misura a T0 (baseline), intervento con monitoraggio, misura a T2 con gli stessi strumenti, eventuale follow-up (la verifica a distanza). È il disegno minimo della **pratica professionale**, e va difeso. Un prima-dopo fatto bene — baseline ripetuta, strumenti coerenti, fonti triangolate — è infinitamente meglio del nulla che ancora domina molta pratica.

Ma devi conoscerne **i limiti**, perché chi valuta i tuoi report li conosce. Un miglioramento tra T0 e T2 può dipendere dal tuo intervento, oppure da altro. Dal tempo che passa: un bambino matura, una condizione post-acuta evolve spontaneamente. Dalla regressione verso la media, che hai incontrato nel capitolo 2. Da altri interventi concomitanti: un farmaco nuovo, la fisioterapia, una classe più accogliente. O dall'aspettativa di chi compila le misure.

Il prima-dopo, da solo, non distingue queste spiegazioni. La distinzione piena richiede gruppi di controllo e studi sperimentali, che non sono materia della pratica quotidiana. Ma fra il prima-dopo nudo e l'esperimento controllato c'è una terra di mezzo preziosa e accessibile: i disegni a caso singolo.

3.2 I disegni a caso singolo

I disegni a caso singolo (in inglese single-case designs; Kazdin, 2011) sono il patrimonio metodologico **più adatto alla musicoterapia clinica**. Sono rigorosi, realizzabili con una persona o un piccolo gruppo, e rispettosi dell'individualità che caratterizza il nostro lavoro. L'idea di fondo è una: rendere la persona il controllo di se stessa, attraverso misure ripetute nel tempo.

Il disegno A-B è la forma di base. **Fase A:** misuri il comportamento-bersaglio ripetutamente, prima dell'intervento, finché la baseline non è stabile. Tre-cinque rilevazioni come minimo: la stabilità conta più del numero. **Fase B:** avvii l'intervento e continui a misurare con la stessa frequenza. Se il livello o la tendenza della misura cambiano in coincidenza con l'avvio — e non prima — l'ipotesi che sia stato l'intervento si rafforza molto rispetto al semplice prima-dopo. La baseline ripetuta, infatti, documenta che il cambiamento non era già in corso.

Esempio dal filo conduttore della collana: quattro settimane di registro degli episodi di agitazione di Maria, la fase A — dati che peraltro il personale della RSA già raccoglie. Poi l'avvio delle sedute, con il registro che continua identico: la fase B. Il grafico risultante — episodi per settimana, con una linea verticale all'avvio dell'intervento — è la singola pagina più persuasiva che puoi mettere in un report.

La linea di base multipla (multiple baseline) rafforza ulteriormente l'inferenza, ed è elegante nella sua semplicità. Si avvia lo stesso intervento in momenti diversi su persone diverse, oppure su comportamenti diversi della stessa persona. Se ogni serie cambia quando — e solo quando — l'intervento la raggiunge, le spiegazioni alternative diventano implausibili. Il tempo, gli eventi esterni: avrebbero dovuto agire tre volte, in tre momenti diversi, sempre in coincidenza con te. Nei contesti reali questo disegno nasce spesso da solo: i gruppi partono scaglionati, le prese in carico arrivano in momenti diversi. Basta accorgersene e tenere le misure.

Due avvertenze pratiche. Primo: i disegni a caso singolo richiedono misure frequenti e brevi. È qui che le griglie osservative di seduta e le scale rapide mostrano il loro valore, ed è per questo che strumenti come il MIDAS, le scale di valutazione della musica nella demenza (Parte II) sono costruiti per la compilazione a ogni seduta. Secondo: esiste una versione “forte” di questi disegni, la sospensione e ripresa dell'intervento — il disegno A-B-A-B. In ricerca dimostra molto, ma nella clinica pone un problema etico evidente: non si sospende un intervento che funziona per ragioni dimostrative. Conoscila, ma non sentirti in dovere di usarla.

3.3 Quanto cambiamento è “abbastanza”? Significatività clinica

Supponi che il punteggio medio di agitazione del gruppo sia sceso di 4 punti. È tanto? È poco? La domanda ha due risposte diverse, e confonderle è uno degli errori più comuni anche in letteratura.

La **significatività statistica** dice quanto è improbabile che la differenza osservata sia frutto del caso. Dipende fortemente dal numero di osservazioni. Con campioni grandi, differenze minuscole e clinicamente irrilevanti diventano “statisticamente significative”. Con i numeri piccoli della pratica clinica, differenze reali e importanti possono non raggiungere la significatività. Per i tuoi **report clinici** la statistica inferenziale è raramente necessaria; quando serve, nei progetti di ricerca, serve il metodologo.

La significatività clinica dice se il cambiamento conta nella vita della persona, ed è questa la domanda del tuo report. Il riferimento classico è il lavoro di Jacobson e Truax (1991), che propone di chiedersi due cose. Il cambiamento del singolo è maggiore dell'oscillazione attesa per puro errore di misura? E la persona si è spostata verso il funzionamento tipico, o comunque oltre una soglia che fa differenza?

Nella pratica, **tre traduzioni operative** ti bastano. Primo: ancora i traguardi a soglie note prima di partire. Molte scale validate hanno punteggi-soglia pubblicati — il volume 5 li riporta dove esistono — e “scendere sotto la soglia clinica” è un esito leggibile da chiunque. Secondo: usa come metro il cambiamento atteso dichiarato nel progetto, il tuo obiettivo SMART. L'avevi promesso del 40%, è stato del 35% — il report lo dice, e spiega. Terzo: per i

cambiamenti individualizzati, la scala GAS (capitolo 5) incorpora la significatività clinica per costruzione, perché i livelli sono stati definiti come “ciò che farebbe differenza” da chi conosce la persona.

3.4 La triangolazione come disegno

In “Progettare” la triangolazione era una regola di buon senso: almeno due-tre fonti indipendenti per ogni risultato. Qui possiamo dirla in termini di disegno: ogni fonte ha un errore sistematico diverso. Tu vedi la persona nel contesto migliore, la famiglia la vede nelle ore peggiori, la scala standardizzata non vede il contesto affatto. E la **convergenza** di fonti con errori diversi è la migliore protezione che la pratica clinica possa permettersi contro l'auto-inganno.

Progetta la triangolazione in anticipo: chi misura cosa, quando, all'insaputa possibile dei punteggi altrui. Una convergenza costruita a posteriori, scegliendo le fonti che confermano, non è triangolazione: è raccolta di consensi.

3.5 La fedeltà dell'intervento

Un ultimo elemento del disegno, che gli studenti dimenticano sempre perché guarda te invece delle persone: la verifica di quanto l'intervento realizzato corrisponde a quello progettato (in inglese treatment fidelity). Se i risultati arrivano ma le sedute erano diverse dal protocollo, non sai cosa ha funzionato. Se non arrivano, non sai cosa è fallito.

Gli strumenti sono quelli **già incontrati nella collana**: la lista di controllo di seduta — fasi realizzate, durata, presenze — e la registrazione documentata delle modifiche. La logica è quella dello standard TIDieR per la descrizione e replicazione degli interventi (Hoffmann et al., 2014) e delle linee guida specifiche per gli interventi musicali (Robb et al., 2011). Nel report finale, una riga sulla fedeltà (“46 sedute su 48 realizzate conformi al protocollo; due modifiche documentate”) vale quanto una tabella di esiti: dice che i tuoi risultati hanno un intervento riconoscibile dietro.

Il capitolo in poche righe

Il prima-dopo è il disegno minimo della pratica e va difeso, ma da solo non distingue il tuo intervento dalle spiegazioni alternative (3.1). I disegni a caso singolo — l'A-B, la linea di base multipla — rendono la persona il controllo di se stessa, con misure ripetute e frequenti (3.2). Un cambiamento conta se è clinicamente significativo, non solo statisticamente: soglie note, cambiamento atteso, livelli GAS (3.3). La triangolazione si progetta in anticipo, non si costruisce a posteriori (3.4). E la fedeltà dell'intervento certifica che dietro i risultati c'è un intervento riconoscibile (3.5).

Capitolo 4

La valutazione qualitativa

I **numeri** rispondono a “quanto”; le **parole** rispondono a “come” e “perché”. Un impianto valutativo senza la parte qualitativa produce report aridi, che non convincono nessuno che conosca davvero le persone coinvolte. Un impianto solo qualitativo produce racconti che non convincono nessuno che debba firmare un bilancio. Questo capitolo ti dà le **quattro forme qualitative** che reggono il lavoro clinico, con le regole che le **distinguono dall’aneddotica**.

4.1 L’osservazione strutturata e il diario clinico

La griglia osservativa — che hai incontrato in “Progettare” e che “Osservare in musicoterapia” tratta per esteso — è il **ponte** tra qualitativo e quantitativo. Nasce dallo sguardo clinico e produce dati confrontabili. Qui basta ribadire le sue **tre regole di qualità**: ambiti decisi prima, comportamenti descritti e non interpretati, compilazione immediata.

Il diario clinico è il suo complemento narrativo: il luogo dove annoti ciò che la griglia non cattura. L’episodio inatteso, la qualità di un silenzio, la frase di un familiare. Perché il diario sia uno strumento valutativo e non un quaderno di impressioni, servono **due discipline**. La prima è la **separazione sistematica** tra descrizione e interpretazione. Cosa è successo, cosa penso che significhi: bastano due colonne, o due capoversi distinti. La seconda è la **regolarità**: un diario compilato solo nei giorni memorabili è una raccolta di eccezioni, non un documento del percorso.

4.2 L’episodio significativo

Ogni percorso ha momenti in cui il cambiamento si rende visibile in forma concentrata. La prima volta che Giuseppe resta nel gruppo per l’intera seduta; il giorno in cui Maria canta due strofe intere e la vicina di stanza si volta a guardarla. Questi **episodi** (in inglese significant events o breakthrough moments) hanno un valore probatorio specifico, a condizione di trattarli con metodo.

Documentali a caldo, con data, contesto e descrizione comportamentale. Raccogli quando possibile la prospettiva di un altro presente: l’operatrice, l’insegnante. E colloca nel report **accanto** ai dati, non **al posto** dei dati. Un episodio ben documentato dentro una serie di misure è un’illuminazione; dieci episodi senza misure sono una brochure.

4.3 L’intervista e il punto di vista delle persone

La voce delle persone — partecipanti, familiari, operatori — entra nella valutazione attraverso interviste semi-strutturate. Una scaletta di domande

aperte, uguale per tutti, con libertà di approfondire. **Tre regole** le rendono utilizzabili. **Primo**, la scaletta si scrive in fase di progetto, non alla vigilia. Le domande finali devono rispecchiare gli obiettivi dichiarati: “ha notato cambiamenti nelle serate di sua madre?”, se l’obiettivo era l’agitazione serale.

Secondo, chi intervista non dovrebbe essere, dove possibile, chi ha condotto l’intervento. Quando sei tu a farlo per necessità, dichiaralo nel report come limite. **Terzo**, le risposte si registrano o si trascrivono fedelmente. La sintesi a memoria è il punto in cui le interviste si trasformano in conferme di ciò che speravi.

Per l’analisi, al livello della pratica clinica basta l’onestà sistematica. Leggere tutte le risposte, raggruppare i temi ricorrenti, riportare anche le voci discordanti. Quando un’intervista **contraddice** i numeri, hai trovato l’informazione **più preziosa** del report. Un miglioramento visibile in seduta che le famiglie non vedono a casa è una questione di generalizzazione, e indica il prossimo obiettivo di lavoro.

4.4 I materiali musicali come dati

La nostra disciplina ha una fonte valutativa che nessun’altra possiede: **la musica** stessa. Le registrazioni delle sedute (con i consensi della collana, sempre), le improvvisazioni, le canzoni scritte nei percorsi di songwriting sono documenti del cambiamento. Una sequenza di tre improvvisazioni a distanza di due mesi può mostrare — in modo udibile da chiunque — l’allungarsi degli scambi, la comparsa dell’iniziativa, la tenuta della pulsazione condivisa. I testi delle canzoni scritte da un gruppo di adolescenti documentano i temi che il gruppo ha scelto di attraversare.

La Parte II ti darà **gli strumenti formali** per questa analisi: i profili per l’improvvisazione, le scale relazionali. Qui vale la regola generale. I materiali musicali entrano nella valutazione quando sono selezionati con un criterio dichiarato — non “i momenti migliori”. E quando sono descritti con un vocabolario costante e collegati agli obiettivi del progetto.

4.5 Integrare: il disegno misto

Il punto d’arrivo è **l’integrazione** (in inglese mixed methods): i numeri dicono quanto, le parole e la musica dicono come. Il report finale li intreccia, dichiarando le convergenze e — soprattutto — le divergenze. Nella pratica, l’integrazione si progetta con **una tabella a tre colonne** per ogni obiettivo. La misura quantitativa, la fonte qualitativa corrispondente, cosa farò se non concordano. Quell’ultima colonna, quasi sempre vuota nei progetti dei principianti, è la differenza tra chi usa il qualitativo come ornamento e chi lo usa come metodo.

Il capitolo in poche righe

La valutazione qualitativa risponde a “come” e “perché”, e si regge su quattro forme. La griglia osservativa e il diario clinico, con descrizione e interpretazione sempre separate (4.1). L’episodio significativo, documentato a caldo e collocato accanto ai dati, non al loro posto (4.2). L’intervista semi-strutturata, con la scaletta scritta in fase di progetto e la trascrizione fedele (4.3). E i materiali musicali, selezionati con un criterio dichiarato (4.4). Il disegno misto li intreccia con i numeri, dichiarando convergenze e divergenze (4.5).

Capitolo 5

La valutazione individualizzata: la GAS, da vicino

In “Progettare” hai incontrato la Goal Attainment Scaling (in italiano: scala di raggiungimento degli obiettivi, d’ora in poi GAS) come risposta al problema della “taglia unica”. Qui la riprendiamo da professionisti: costruzione passo per passo, criteri di qualità, punteggio, errori, e il suo posto nell’impianto valutativo complessivo.

5.1 Origine e logica

La GAS nasce nei servizi di salute mentale di comunità (Kiresuk & Sherman, 1968) da un problema che è ancora il nostro: come valutare servizi i cui utenti hanno **obiettivi tutti diversi**? La risposta: non standardizzare la **misura**, standardizza il **metodo** con cui ogni misura individuale viene costruita. Ogni persona ha la sua scala, ma tutte le scale hanno la stessa struttura a cinque livelli (da -2 a +2), centrata sul risultato atteso (livello 0). Questo le rende confrontabili e aggregabili pur essendo personali. In riabilitazione, la guida pratica di riferimento è Turner-Stokes (2009).

5.2 La costruzione, passo per passo

Primo: scegli l’area-obiettivo con la persona (quando possibile), la famiglia e l’équipe. Dev’essere **rilevante** per la vita, **non** per la seduta: “partecipa alle attività del centro” più che “suona il tamburo”.

Secondo: definisci il livello 0, il risultato realisticamente atteso a fine percorso. È la decisione clinica più impegnativa, perché incorpora la tua previsione: la letteratura sulla popolazione, la baseline della persona, la durata dell’intervento. Un livello 0 troppo ambizioso condanna al fallimento documentato; troppo prudente, svuota la scala di significato.

Terzo: definisci -1 come “progresso parziale, sotto le attese” — spesso vicino alla baseline o appena sopra — e -2 come “peggio della partenza”. La distinzione tra -1 e -2 è ciò che rende la GAS giusta verso i percorsi difficili. Distingue il **non-miglioramento** dal **peggioramento**, che il semplice “obiettivo non raggiunto” confonde.

Quarto: definisci +1 e +2 come superamenti progressivi e plausibili delle attese. Se non riesci a immaginare un +2 realistico, il tuo livello 0 è probabilmente già il massimo possibile: ricalibra.

Quinto: scrivi ogni livello come comportamento osservabile, con quantità dove possibile (“resta nel gruppo 30-40 minuti con due-tre episodi gestibili di

irrequietezza”), mai come stato interno (“è più sereno”). Il test: una collega che non conosce la persona saprebbe assegnare il livello guardando la seduta?

Sesto: decidi prima chi compila e con quale frequenza, tipicamente mensile. Per i progetti con più obiettivi, decidi anche l'eventuale peso di ciascuno: un obiettivo prioritario per la famiglia può pesare più di uno secondario.

5.3 Punteggio e aggregazione

Per l'uso clinico, la scala descrittiva basta. Il report dice “Maria ha raggiunto il livello +1 sull'area comunicazione; Giuseppe il livello 0 sull'autoregolazione”, e chiunque capisce.

Per progetti e ricerche che vogliono aggregare più obiettivi e più persone esiste la trasformazione **standardizzata** dei punteggi. È il punteggio T della formulazione originale di Kiresuk e Sherman, con media 50 e deviazione standard 10. Sappi che esiste e che permette confronti tra progetti. Al livello di questo volume non ti serve calcolarla a mano: serve sapere che un T medio sopra 50 significa “risultati complessivamente oltre le attese”.

5.4 Gli errori, rivisti da vicino

Ai cinque errori elencati in “Progettare” la pratica ne aggiunge due più sottili. I cinque li ricordi: livelli indistinguibili, livello 0 irrealistico, descrizioni soggettive, troppi obiettivi, scala scritta a posteriori.

Il primo errore sottile è l'effetto soffitto travestito: scale in cui la persona parte già, di fatto, al livello -1 descritto — così ogni minimo movimento appare un progresso. La difesa: la baseline va descritta in modo esplicito nel livello -1, o tra -1 e -2. E qualcuno fuori dal progetto dovrebbe rileggere la scala prima dell'avvio.

Il secondo è la deriva dell'osservatore: dopo mesi con la stessa persona, il tuo metro interno si sposta. La difesa: rileggi le definizioni scritte prima di ogni compilazione — è il motivo per cui sono scritte. E periodicamente fai compilare la scala in parallelo a un secondo osservatore.

5.5 Il posto della GAS nell'impianto

La GAS non sostituisce le scale standardizzate: **le completa**. La scala validata ti dice come la persona si colloca rispetto a una popolazione, e parla il linguaggio dell'équipe. La GAS ti dice se il percorso ha prodotto ciò che, per questa persona, era stato concordato come significativo. Ed è spesso l'unico strumento che vede i cambiamenti “**piccoli fuori, enormi dentro**” che il nostro lavoro produce.

L'impianto maturo li usa insieme. Nel progetto RSA della collana, la scala CMAI per l'agitazione misura l'esito clinico per il committente. Le GAS individuali di Maria, Giuseppe e Anna misurano ciò che le famiglie e l'équipe hanno definito come successo per ciascuno. Quando le due misure concordano, la storia è solida; quando divergono, hai imparato dove guardare.

Il capitolo in poche righe

La GAS standardizza il metodo, non la misura: ogni persona ha la sua scala a cinque livelli, centrata sul risultato atteso (5.1). La costruzione procede in sei passi, dall'area-obiettivo condivisa fino alla decisione su chi compila e con quale peso (5.2). Per la clinica basta la scala descrittiva; per aggregare esiste il punteggio T (5.3). Due errori sottili — l'effetto soffitto travestito e la deriva

dell'osservatore — hanno difese semplici e scritte (5.4). E la GAS non sostituisce le scale standardizzate: le completa dentro l'impianto, dove vede i cambiamenti che le altre misure non vedono (5.5).

Capitolo 6

Dal dato al report

La valutazione non finisce quando hai i dati: finisce quando qualcuno li ha capiti. Questo capitolo chiude la Parte I con il mestiere del rendere conto — il report, i grafici semplici, le restituzioni, e l'etica che governa tutto il percorso del dato.

6.1 La struttura del report finale

Il report finale risponde, punto per punto, agli obiettivi dichiarati nel progetto. La struttura che funziona si apre con una **pagina di sintesi** iniziale, per chi leggerà solo quella: obiettivi, esiti principali, raccomandazione. Segue il **richiamo del progetto** in dieci righe: popolazione, intervento, dosaggio realizzato, fedeltà al protocollo. Poi, per ogni obiettivo specifico, lo stesso schema: il traguardo promesso, la baseline, il dato finale, le fonti che convergono o divergono, un commento clinico onesto.

Non manca una sezione sugli **esiti non previsti**, positivi e negativi: c'erano sempre. Seguono i limiti della valutazione, detti da te prima che li trovi qualcun altro: numeri piccoli, un compilatore solo, follow-up mancante. Chiudono le **raccomandazioni**: proseguire, modificare, chiudere — con le condizioni.

Le due regole d'oro. Prima: il report di un obiettivo mancato si scrive con la stessa cura di uno raggiunto, e con un'analisi migliore. È lì che il committente decide se sei un professionista o un venditore. Seconda: nessun dato nuovo nelle conclusioni. Tutto ciò che concludi deve essere apparso prima, come dato.

6.2 Mostrare i dati: il minimo che basta

Per i report clinici servono **tre grafici** in tutto, e nessuno richiede più di un foglio di calcolo. **La serie temporale**: la misura ripetuta sul tempo, con una linea verticale all'avvio dell'intervento. È il grafico del disegno A-B, e da solo racconta la storia. **Il prima-dopo per persona**: un punto per la baseline e uno per l'esito di ciascun partecipante, uniti da una linea. Mostra i percorsi individuali che la media nasconde, e mostra onestamente chi non è migliorato. **Il profilo GAS**: i livelli raggiunti da ciascuno rispetto allo 0 atteso.

Tre accorgimenti di lealtà grafica. L'asse verticale parte da zero, o dichiara di non farlo. Le scale dei grafici confrontati sono identiche. E ogni grafico ha scritto accanto quante osservazioni rappresenta.

6.3 Le restituzioni: stessi dati, lingue diverse

Il report è un documento; la restituzione è una relazione. **All'équipe e al committente** restituisci nei loro linguaggi: i punteggi delle scale che conoscono, i costi evitati, le implicazioni organizzative. L'incontro giusto è quello

dove il documento arriva prima e la discussione dopo. **Alle famiglie** restituisci i cambiamenti concreti e gli episodi, con i numeri come sfondo e non come protagonisti. Mai dati di altre persone, mai confronti tra partecipanti.

Alle persone, quando è possibile, restituisci direttamente — e in salute mentale, con gli adolescenti, con molti adulti è possibile. È un atto terapeutico oltre che un dovere, e nei percorsi orientati alla recovery è semplicemente il metodo. La regola della collana vale qui più che mai: la persona che descrivi potrebbe un giorno leggere ciò che hai scritto.

6.4 L'etica del dato, riassunta

Tutto il percorso del dato è governato dalle regole che hai incontrato in “Progettare” e che qui basta fissare nella forma breve. **Consenso informato** per la partecipazione e **consenso separato** per le registrazioni. **Pseudonimi** in ogni documento che circola. **Dati conservati** in forma protetta, per un tempo definito, con titolarità chiarita con la struttura.

A queste si aggiunge il diritto della persona di **ritirarsi**, senza che questo tolga valore ai dati già raccolti nei limiti del consenso dato. E si aggiunge l'onestà di non raccogliere più di ciò che l'impianto valutativo dichiarato **richiede** — il dato che non sai perché stai raccogliendo è un rischio senza beneficio.

6.5 Oltre il report: il dato che diventa disciplina

Chiudiamo la Parte I dove “Progettare” chiudeva il suo percorso: la **disseminazione**. Ogni impianto valutativo ben fatto produce, come sottoprodotto, materiale per la comunità professionale. Un caso documentato con disegno A-B è una presentazione a un convegno. Tre progetti omogenei con le stesse misure sono un articolo per una rivista professionale. Un dato italiano su uno strumento internazionale è esattamente ciò che manca alla nostra disciplina — lo vedrai nella Parte II.

Non è un obbligo: è la **destinazione naturale** del lavoro fatto bene. E ti riguarda prima di quanto pensi: la tesi con cui chiuderai il biennio è il primo atto di disseminazione della tua carriera, e le tesi migliori nascono quasi sempre da un impianto valutativo costruito con la cura che questa Parte ti ha chiesto. Il percorso di quella tesi ha una guida dedicata: “La tesi in musicoterapia”, la guida ufficiale del corso, ti accompagna dalla domanda di ricerca alla discussione.

Il capitolo in poche righe

Il report finale risponde punto per punto agli obiettivi dichiarati, con esiti non previsti, limiti detti da te e raccomandazioni condizionate (6.1). Bastano tre grafici, purché leali con chi li guarda (6.2). La restituzione traduce gli stessi dati nelle lingue di équipe, famiglie e persone (6.3). L'etica del dato si fissa in poche regole brevi: consensi, pseudonimi, protezione, sobrietà nella raccolta (6.4). E il lavoro ben valutato ha una destinazione naturale, la disseminazione, che comincia dalla tua tesi (6.5).

PARTE II

GLI STRUMENTI DELLA MUSICOTERAPIA

Capitolo 7

Perché la musicoterapia ha bisogno di strumenti propri

7.1 Ciò che gli strumenti degli altri non vedono

Il volume 5 della collana, “Gli strumenti degli altri”, ti insegna a leggere decine di scale e test: l’agitazione, l’attenzione, il cammino, l’umore. Tutti misurano gli esiti del nostro lavoro fuori dalla musica — ed è giusto, perché è fuori dalla musica che le persone vivono. Ma nessuno di quegli strumenti vede ciò che accade dentro **l’esperienza musicale**. Come una persona entra in relazione sonora; come la sua iniziativa musicale evolve; come l’improvvisazione condivisa si trasforma in dodici settimane.

Eppure è lì che il musicoterapeuta legge il processo, ed è lì che spesso il cambiamento si mostra prima che altrove. La persona con demenza riprende a cantare settimane prima che il punteggio di agitazione scenda. Il bambino sostiene lo scambio ritmico prima che l’insegnante noti qualcosa in classe.

Gli strumenti di valutazione musicoterapici esistono per questo: rendere osservabile, ripetibile e comunicabile la lettura del comportamento musicale e della relazione sonora. La loro storia è lunga quanto la disciplina: **le scale di Nordoff e Robbins** nascono negli anni Sessanta. Ma la loro sistematizzazione scientifica è recente, e ha oggi tre riferimenti che devi conoscere.

Il volume internazionale di riferimento (Waldon et al., 2018) testimonia insieme la ricchezza del repertorio e la giovinezza della sua psicomatria. Quella giovinezza, la rassegna sistematica del gruppo Nordoff Robbins l’ha quantificata. Su 26 strumenti di esito specificamente musicoterapici censiti, meno della metà riporta un processo di validazione nelle fonti originali (Spiro et al., 2018).

Il manuale di Gattino (2021) copre l’intero processo valutativo in venti capitoli, dalla revisione della documentazione alla comunicazione dei risultati. E ha un pregio raro: è pubblicato in accesso aperto, scaricabile gratuitamente dal portale di ricerca dell’Università di Aalborg. Quindi è a portata di ogni studente. Ed è in corso una traduzione italiana, curata da Bieker, Longo, Rubbettino e Suvini: esce scaglionata, e la prima uscita comprende i quattro capitoli introduttivi. Per il lettore italiano c’è poi un’introduzione nella nostra lingua: il contributo di Bieker (2024) su Musica & Terapia. Il contributo inquadra definizioni, obiettivi e modalità della valutazione musicoterapica. A quel contributo questo capitolo deve più di un orientamento.

C’è anche un’istituzione da conoscere: **l’IMTAC** (International Music Therapy Assessment Consortium: consorzio internazionale per la valutazione in

musicoterapia). Ha sede presso l'Università di Aalborg e riunisce i principali ricercatori del settore. Tra gli altri, gli autori del MiDAS, del MATADOC e dell'IMCAP-ND che incontrerai nel prossimo capitolo. I suoi scopi dicono dove sta andando la disciplina. Sviluppare e standardizzare gli strumenti; offrire consulenza su validità e attendibilità; promuovere studi multicentrici e formazione; aumentare l'implementazione della valutazione nei sistemi sanitari, educativi e sociali.

Il suo portale presenta una rassegna ragionata di strumenti di valutazione musicoterapica. In molti casi offre accesso allo strumento stesso nelle lingue disponibili. È il primo posto dove guardare quando cerchi uno strumento per una popolazione specifica (<https://www.dcc.aau.dk/research/research-groups/music-therapy-research/imtac>).

Un ultimo dato, che riguarda te. Una ricognizione internazionale su 152 corsi di laurea triennali e magistrali in musicoterapia ha rilevato che solo 29 descrivono un insegnamento specifico sulla valutazione (Gattino, 2021). Il percorso che stai facendo — un volume intero su questo tema, dentro un biennio italiano — ti colloca in una minoranza fortunata: usala.

7.2 Come leggere le schede che seguono

Il capitolo 8 presenta i **sei** strumenti internazionali (o famiglie di strumenti) che uno studente italiano del biennio deve conoscere. E si chiude, nella sezione 8.7, con il panorama degli strumenti italiani. I sei sono scelti con tre criteri. Rilevanza clinica per i contesti di lavoro reali; esistenza di una base scientifica documentata; valore formativo del modello di osservazione che incorporano. Perché un buono strumento musicoterapico è anche una lezione su cosa guardare. Per ciascuno: cosa misura, come funziona, lo stato della validazione, quando usarlo, i limiti.

Una avvertenza che vale per tutti: a oggi nessuno di questi sei strumenti dispone di uno **studio di validazione italiana pubblicato**. Per il MiDAS esiste la traduzione italiana ufficiale (Scarlata et al., 2022, nelle versioni per il musicoterapeuta e per il personale). Altre lingue hanno avviato il percorso psicometrico (la versione portoghese: Sousa et al., 2023); altri strumenti circolano in traduzioni di lavoro.

Questo ha **due conseguenze** pratiche. La **prima**: quando li usi, dichiaralo nel progetto e nel report ("osservazione strutturata secondo il modello X, in traduzione di lavoro"). È la formulazione onesta. La **seconda**, già annunciata: ogni validazione italiana mancante è una tesi di biennio che aspetta il suo autore. E sarebbe una tesi utile alla disciplina intera.

7.3 Tre famiglie

Per orientarti, gli strumenti musicoterapici si raggruppano in tre famiglie. Gli strumenti diagnostici e di assessment leggono il comportamento musicale per inquadrare il funzionamento della persona e progettare l'intervento: IMTAP, IMCAP-ND e, in un contesto molto specifico, MATADOC. Quest'ultimo è l'unico con un **ruolo diagnostico** formale riconosciuto in équipe. Gli strumenti di esito misurano il cambiamento prodotto dall'intervento seduta dopo seduta (MiDAS). Gli strumenti di analisi del processo descrivono in profondità ciò che accade nella musica e nella relazione. Sono i profili di Bruscia per l'improvvisazione, le

scale Nordoff-Robbins, l'AQR per la qualità della relazione. Nascono per la clinica e la supervisione, e sono i più vicini al cuore musicale del mestiere.

Il capitolo in poche righe

Le scale cliniche misurano gli esiti fuori dalla musica; gli strumenti musicoterapici rendono osservabile ciò che accade dentro l'esperienza musicale, dove il cambiamento spesso si mostra prima (7.1). I riferimenti da conoscere sono tre volumi recenti, più l'IMTAC e il suo portale di strumenti (7.1). Le schede del capitolo 8 seguono uno schema fisso, con un'avvertenza: nessuna delle sei schede internazionali ha ancora una validazione italiana pubblicata, e dichiararlo è la formulazione onesta (7.2). Gli strumenti si ordinano in tre famiglie: assessment, esito, analisi del processo (7.3).

Capitolo 8

Gli strumenti da conoscere

8.1 IMTAP — Il profilo di valutazione musicoterapica individualizzato

L'IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile: profilo di valutazione musicoterapica individualizzato; Baxter et al., 2007) è lo strumento di assessment più completo per **l'età evolutiva**. È nato dal lavoro clinico di un gruppo di musicoterapeute californiane. Organizza l'osservazione del comportamento musicale del bambino in dieci domini. Tra questi: la musicalità, le abilità motorie grossolane e fini, la comunicazione espressiva e recettiva, le abilità cognitive, sociali ed emotive. Ciascun dominio è articolato in sottodomini e in comportamenti specifici. Questi si valutano per frequenza di comparsa, durante sedute di osservazione condotte secondo un protocollo flessibile.

Come funziona: il musicoterapeuta conduce alcune sedute di assessment. Le proposte danno al bambino l'occasione di mostrare le abilità di ciascun dominio (giochi ritmici, scambi vocali, attività strumentali). Registra le sedute e compila il profilo. Il risultato non è un punteggio totale ma, appunto, un profilo. È una mappa di punti di forza e fragilità, che si traduce direttamente in obiettivi di intervento. La sua funzione primaria è progettuale.

Quando usarlo: nell'assessment iniziale e nelle rivalutazioni periodiche di bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo. In particolare quando serve un linguaggio dettagliato da portare in équipe accanto agli strumenti standard — il volume 5, capitolo sul contesto educativo, ti dà quelli.

Limiti: è lungo, perché l'assessment completo richiede più sedute e tempo di analisi. La sua natura è descrittiva più che psicometrica: le proprietà di misura sono state studiate solo parzialmente. Non esiste validazione italiana, e la compilazione richiede familiarità con il manuale.

8.2 IMCAP-ND — Il profilo musicocentrato per i disturbi del neurosviluppo

L'IMCAP-ND (Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders: profilo di valutazione individuale musicocentrato per i disturbi del neurosviluppo; Carpenter, 2013) condivide con l'IMTAP la popolazione, ma se ne distingue per l'impianto teorico. È dichiaratamente **musicocentrato**, radicato nella tradizione Nordoff-Robbins e nel modello evolutivo-relazionale. Non chiede “quali abilità mostra il bambino nella musica?”, ma “come il bambino percepisce, risponde e partecipa all'esperienza musicale-relazionale?”.

Come funziona: attraverso improvvisazioni cliniche strutturate, il musicoterapeuta valuta tre aree con scale ordinali. Le capacità di risposta musicale-emotiva: attenzione, affetto condiviso, reciprocità nello scambio musicale. Le capacità di percezione musicale: ritmo, melodia, dinamica. E le preferenze e motivazioni musicali. Include criteri per valutare quanto supporto serve al bambino per ogni risposta. È una logica vicina a quella dei sostegni dell'ICF, che hai incontrato in "Progettare".

Quando usarlo: con bambini con disturbo dello spettro autistico e altre condizioni del neurosviluppo. È la scelta giusta quando l'intervento sarà improvvisativo-relazionale e vuoi che l'assessment parli la stessa lingua del trattamento. È particolarmente adatto a documentare i progressi nella reciprocità — l'area dove gli strumenti non musicali sono più ciechi.

Limiti: richiede competenza improvvisativa solida, perché lo strumento è esigente con il valutatore prima che con il bambino. Psicometria in costruzione; nessuna validazione italiana.

8.3 MATADOC — La valutazione musicoterapica degli stati di coscienza

Il MATADOC (Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness: strumento di valutazione musicoterapica della consapevolezza nei **disturbi di coscienza**; Magee et al., 2014) è il caso più avanzato di strumento musicoterapico. È l'unico con uno studio di **standardizzazione** formale pubblicato e un ruolo riconosciuto nella diagnostica multidisciplinare. Si rivolge a una popolazione specifica e gravissima: persone con disturbi di coscienza (stato vegetativo, stato di minima coscienza) dopo gravi cerebrolesioni.

Il razionale è elegante. La modalità uditiva è spesso la più sensibile per rilevare segni di consapevolezza in queste persone. E la musica — saliente, biografica, emotivamente carica — è lo stimolo uditivo con la maggiore probabilità di evocare risposte. Il MATADOC struttura la somministrazione di stimoli musicali standardizzati, inclusa musica significativa per la persona. Le risposte comportamentali si codificano su una scala principale di cinque item — tra cui la risposta agli stimoli uditivi e quella visiva — più sottoscale cliniche. Lo studio di standardizzazione della scala principale ha mostrato buona attendibilità tra valutatori e piena concordanza diagnostica con lo standard esterno di riferimento (Magee et al., 2014).

Quando usarlo: nei reparti per gravi cerebrolesioni, come contributo musicoterapico formale alla valutazione d'équipe della coscienza. È un contesto in cui il musicoterapeuta entra a pieno titolo nel processo diagnostico: caso unico nella disciplina.

Limiti: richiede la formazione specifica prevista dagli autori. La popolazione è molto specialistica. In Italia i contesti che lo usano sono ancora pochi — ma è esattamente il tipo di strumento che apre le porte delle neuroriabilitazioni di alta specialità.

8.4 MiDAS — Le scale di valutazione della musica nella demenza

Il MiDAS (Music in Dementia Assessment Scales: scale di valutazione della musica nella demenza; McDermott et al., 2015) è lo strumento di esito musicoterapico per le **persone con demenza moderata e grave**. È stato

sviluppato con un metodo esemplare: dalle interviste e dai gruppi focali con persone con demenza, familiari e operatori. Lo scopo: garantire che ciò che lo strumento misura sia ciò che conta per chi vive la malattia.

Come funziona: cinque scale visuo-analogiche — interesse, risposta, iniziativa, coinvolgimento, piacere — compilate in riferimento alla seduta musicale, più una lista di reazioni positive e negative notevoli. In parallelo, il personale le compila fuori dalla seduta. È rapido, ripetibile a ogni seduta, e produce esattamente le serie temporali che il disegno a caso singolo del capitolo 3 richiede. La valutazione psicometrica preliminare (McDermott et al., 2014) documenta buona attendibilità tra musicoterapeuti. Documenta anche validità di costrutto adeguata e coerenza con le misure di qualità di vita. La traduzione portoghese ha avviato il percorso di adattamento internazionale (Sousa et al., 2023).

Quando usarlo: in ogni progetto con persone con demenza, accanto alla scala clinica scelta per l'esito (CMAI o NPI, volume 5). Il MiDAS documenta il processo dentro la musica, la scala clinica l'esito fuori. La coppia è l'impianto ideale del progetto in RSA. (Il progetto “Melodie della memoria” della collana usa, per il processo, il registro della Cartella clinica allegata: una scala di partecipazione costruita su misura, con i livelli ancorati a comportamenti osservabili — è la via artigianale del capitolo 8 di “Osservare”, legittima e alla portata di chiunque; il MiDAS è l'alternativa matura quando serve uno strumento con letteratura alle spalle.)

Limiti: la compilazione da parte del personale non musicoterapeuta è risultata meno attendibile — un motivo in più per formare gli operatori, non per escluderli. Esiste la traduzione italiana ufficiale (Scarlata et al., 2022), nelle due versioni per il musicoterapeuta e per il personale. Ma manca ancora lo studio di validazione psicometrica italiano. È la candidatura più matura, tra tutti gli strumenti di questa Parte, per una tesi: lo strumento è già nella nostra lingua, aspetta solo i dati. La guida del corso alla tesi ti dà il disegno per raccoglierti. Il MiDAS ha una pagina dedicata sul sito del gruppo di ricerca di Aalborg, da cui partire per materiali e aggiornamenti.

Dallo stesso gruppo arriva una segnalazione che esce dal perimetro della valutazione, ma che chi lavora nelle demenze deve conoscere: **il progetto PAMI** (Person Attuned Musical Interaction: interazione musicale sintonizzata sulla persona). Il progetto ha prodotto un manuale di formazione e materiali didattici. Con questi il musicoterapeuta **addestra e sostiene gli operatori dell'assistenza** a integrare l'interazione musicale sintonizzata nella cura quotidiana. È esattamente la componente di formazione del personale che i progetti della collana prevedono — gli obiettivi di “potenziamento del contesto” di “Melodie della memoria” — elevata a modello internazionale documentato. Un esempio concreto di come la musicoterapia possa lasciare competenze alla struttura, oltre che benefici alle persone.

8.5 I profili di Bruscia per l'improvvisazione

Gli IAPs (Improvisation Assessment Profiles: profili di valutazione dell'improvvisazione; Bruscia, 1987) non sono una scala ma un **sistema di analisi**. Sono il tentativo più sistematico della disciplina di dare un vocabolario all'ascolto clinico dell'improvvisazione. Bruscia propone sei profili: la salienza,

l'integrazione, la variabilità, la tensione, la congruenza e l'autonomia. Ciascuno ha gradazioni che descrivono come la persona organizza i propri elementi musicali e come si pone nella musica condivisa. I poli vanno dalla dipendenza totale dal partner musicale al rifiuto di ogni influenza, passando per la reciprocità.

Come funzionano: si analizzano registrazioni di improvvisazioni, tipicamente brevi estratti scelti con criterio dichiarato. L'analisi procede elemento per elemento — ritmo, melodia, timbro, dinamica — assegnando le gradazioni dei profili pertinenti. Il risultato è una descrizione densa, clinicamente ricchissima, della persona-in-musica e della relazione.

Quando usarli: nell'analisi del processo, nella supervisione, nella scrittura dei casi. Ogni volta che devi spiegare — a te stesso, a un supervisore, a una commissione di tesi — cosa è cambiato nella musica di una persona tra gennaio e maggio.

Limiti: sono uno strumento intensivo, perché l'analisi di pochi minuti di musica richiede ore, e interpretativo. L'attendibilità dipende interamente dalla formazione dell'analista, e la loro psicomетria non è il punto. Sono più vicini a un metodo ermeneutico disciplinato che a un test. Per il loro uso microanalitico, la cornice di riferimento è la tradizione della microanalisi in musicoterapia (Wosch & Wigram, 2007).

8.6 Le scale Nordoff-Robbins e l'AQR: la relazione come oggetto di misura

Chiudono il repertorio due strumenti storici che condividono l'oggetto più sfuggente: **la qualità della relazione musicale-terapeutica**.

Le scale Nordoff-Robbins (Nordoff & Robbins, 2007) sono **tre**: la scala della relazione bambino-terapeuta nell'esperienza musicale congiunta, la scala della comunicatività musicale e — aggiunta nella seconda edizione — quella del fare musica, che descrive forme di attività, stadi e qualità del coinvolgimento. Nascono negli anni Sessanta dal lavoro clinico con bambini con gravi disabilità, e restano il prototipo. I livelli descrittivi vanno dalla non-accettazione dell'esperienza musicale condivisa fino alla partecipazione stabile e creativa. Si compilano seduta per seduta sulla base dell'osservazione — e storicamente dell'ascolto delle registrazioni. Il loro valore attuale è doppio. Clinico, per i percorsi improvvisativi individuali in età evolutiva; e formativo, perché studiarle insegna a vedere la partecipazione musicale come un continuum evolutivo e non come un sì/no.

L'AQR (Assessment of the Quality of Relationship: valutazione della qualità della relazione; Schumacher & Calvet, 2007) porta lo stesso oggetto dentro una cornice evolutiva rigorosa, di matrice tedesca. **Quattro scale** — strumentale, vocale, corporeo-emotiva e del contatto terapeutico — descrivono per modi (da 0 a 6) la qualità del contatto che il bambino stabilisce nella relazione sonora. Il bambino ha, tipicamente, un disturbo dello spettro autistico. I modi vanno dalla mancanza di contatto fino all'interaffettività consolidata.

La sua forza è l'aggancio alla teoria dello sviluppo emotivo precoce. Ogni modo descrive un'organizzazione relazionale riconoscibile, e quindi indica al terapeuta non solo dove la persona è, ma quale sarebbe il passo successivo. **Limiti**, per entrambi: strumenti di scuola, che vivono dentro le rispettive tradizioni

formative; attendibilità legata alla formazione; nessuna validazione italiana pubblicata.

8.7 Il panorama italiano

Chiudiamo la rassegna con una notizia che molti studenti non si aspettano: l'Italia ha dato alla valutazione musicoterapica **due strumenti originali**. Sono nati dal gruppo di Alfredo Raglio, ed entrambi sono pubblicati su riviste internazionali.

La **MT-SAS** (Music Therapy Session Assessment Scale: scala di valutazione della seduta di musicoterapia; Raglio et al., 2017) valuta la relazione tra musicoterapeuta e persona durante le sedute attive di improvvisazione. Sette item binari — su contatto oculare, mimica, comunicazione non verbale e comunicazione sonoro-musicale — si compilano dalla videoregistrazione di una seduta. È stata **validata** su cento persone con condizioni cliniche diverse. La scala è nata in italiano, con traduzione inglese fornita dagli autori.

Ha mostrato attendibilità accettabile tra valutatori e una struttura coerente attorno al costrutto della sintonizzazione — con l'eccezione dell'item sul contatto oculare, che nell'analisi fattoriale non si allinea agli altri. I profili "sintonizzato" e "non sintonizzato" che l'analisi ha fatto emergere sono, in forma psicometrica, la sintonizzazione affettiva che conosci dal volume sull'osservazione.

La **MTRS** (Music Therapy Rating Scale: scala di valutazione della musicoterapia; Raglio et al., 2011) è la sua antenata microanalitica. Due classi di comportamento — comunicazione non verbale e comunicazione sonoro-musicale, ciascuna su cinque livelli — si codificano ogni quindici secondi dalla videoregistrazione. È stata sperimentata in uno studio pilota con bambini con disturbi dello spettro autistico. È un esempio compiuto di ciò che la microanalisi del volume sull'osservazione diventa quando si fa misura quantitativa.

C'è poi uno strumento italiano che guarda in una direzione che nessun altro copre: non la persona, ma te. La **MTPS** (Music Therapy Practice Scale: scala della pratica musicoterapica; Biasutti, 2019) è una scala di autovalutazione in quindici domande. Con essa il musicoterapeuta valuta la propria pratica clinica — la conduzione, le scelte, la relazione. È stata sviluppata e validata all'Università di Padova. È il ponte psicometrico verso l'auto-osservazione che il volume sull'osservazione ti ha presentato come competenza. Ciò che lì era diario e autoscopia, qui diventa misura: utile nella formazione, nel tirocinio e nella supervisione.

A questi si aggiunge, per il lavoro con le famiglie in età evolutiva, uno strumento che in questa sezione entra per un motivo diverso dagli altri, e va detto subito: **il MEL non è italiano**. Il MEL (Music in Everyday Life Assessment: valutazione della musica nella vita quotidiana; Gottfried & Thompson, 2012) nasce dalla collaborazione fra Tali Gottfried, del David Yellin College di Gerusalemme, e Grace Thompson, del Melbourne Conservatorium of Music; lo studio di attendibilità è firmato con Cochavit Elefant, dell'Università di Haifa, e Christian Gold, di Bergen (Gottfried et al., 2018). Sta qui perché **esiste in italiano**, ed è a portata di mano: il questionario e le istruzioni per il punteggio si scaricano gratuitamente dal sito dello strumento, mel-assessment.com. Il catalogo degli strumenti di valutazione dell'IMTAC — il consorzio di Aalborg che hai incontrato

nel capitolo precedente — registra il MEL come disponibile in sei lingue: inglese, ebraico, portoghese, **italiano**, tedesco e danese.

È un questionario per i genitori. Fotografa l'uso della musica nella vita quotidiana delle famiglie con un bambino con disturbo dello spettro autistico, ed è utile all'assessment iniziale e alla misura della generalizzazione fuori dalla stanza di musicoterapia. Vale per lui la stessa cornice del MiDAS (8.4): la lingua c'è, lo studio di validazione italiano no. È un'altra candidatura per una tesi.

All'ambito geriatrico l'Italia ha contribuito anche con la **SVAM** (Scala di Valutazione dell'Attività di Musicoterapia; Pignatale & Mastroianni, 2007), presentata al congresso nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. È una scala osservativa di diciassette item, divisa in due macroaree, con un punteggio complessivo che l'abstract dichiara da 0 a 50. Quasi tutti gli item graduano su **quattro livelli**, da 3 a 0; due fanno eccezione e ne hanno cinque, da 4 a 0: l'uso degli strumenti e il canto di una canzone. Da qui una piccola **incongruenza** dello strumento, che vale la pena notare perché è il genere di cosa che si impara a guardare: la somma dei massimi del modulo dà 53, mentre l'abstract dichiara un range 0-50. Nella **prima** macroarea, quella comportamentale-relazionale, stanno il grado, il tipo e la costanza nel tempo della partecipazione, e l'interazione con il gruppo e con il musicoterapeuta nelle sue forme: contatto fisico, oculare, verbale. Nella **seconda**, quella dei comportamenti musicali specifici, la risposta emotiva agli stimoli, l'interazione musicale con il gruppo e con il musicoterapeuta, l'uso degli strumenti, i comportamenti vocali nel canto libero e su canzone, e quelli strumentali nell'improvvisazione e nell'imitazione di modelli ritmici. Ne esiste anche una versione ridotta a dieci item. Gli autori la dichiaravano già allora in corso di validazione e ne auspicavano una su larga scala; un percorso di validazione pubblicato **non risulta**. Ma è un esempio istruttivo di come la pratica geriatrica italiana abbia cercato presto strumenti propri. E i suoi item dialogano in modo naturale con i livelli di partecipazione che la Cartella clinica della collana adotta.

Accanto agli strumenti pubblicati circola infine, nella comunità professionale, una famiglia di strumenti di lavoro condivisi dagli autori senza passare dalla revisione scientifica. Ne è un esempio il **GMP** (Geriatric Music-Therapy Profile: profilo musicoterapico geriatrico; Pignatale, s.d.). È un profilo di assessment per l'ambito geriatrico, depositato dall'autore in un archivio di ricerca aperto. Questi materiali possono essere preziosi nella pratica, e la cornice è quella già data per le traduzioni di lavoro. Si usano dichiarandone la natura, distinguendo sempre, nel report, ciò che è misurato con strumenti validati da ciò che è osservato con strumenti di lavoro.

Il quadro che ne esce ridimensiona un luogo comune: la valutazione musicoterapica **italiana** non parte da zero. Ha strumenti propri validati, per il processo, per la relazione e perfino per la pratica del terapeuta. Ha una traduzione ufficiale del MiDAS (8.4) e una rivista di settore che ha aperto il tema con un contributo di inquadramento (Bieker, 2024). Quello che ancora manca — gli studi di validazione italiana degli strumenti internazionali di questo capitolo — è esattamente lo spazio in cui la tua generazione può lasciare il segno.

Il capitolo in poche righe

Sei strumenti internazionali da conoscere: l'IMTAP mappa le abilità del bambino nella musica (8.1), l'IMCAP-ND legge come partecipa all'esperienza musicale-relazionale (8.2). Il MATADOC porta la musicoterapia dentro la diagnosi dei disturbi di coscienza (8.3); il MiDAS misura l'esito nella demenza seduta per seduta (8.4). I profili di Bruscia danno un vocabolario all'improvvisazione (8.5); le scale Nordoff-Robbins e l'AQR misurano la relazione come continuum evolutivo (8.6). E il panorama italiano — MT-SAS, MTRS, MTPS, SVAM — mostra che la nostra valutazione non parte da zero (8.7); nella stessa sezione trova posto il MEL, che italiano non è ma esiste nella nostra lingua.

Capitolo 9

Scegliere e combinare gli strumenti

9.1 La tabella di orientamento

Strumento	Famiglia	Popolazione	Domanda a cui risponde	Impegno richiesto
IMTAP	Assessment	Età evolutiva, neurosviluppo	Quali abilità mostra il bambino nella musica?	Alto (più sedute + analisi)
IMCAP-ND	Assessment	Neurosviluppo, autismo	Come partecipa all'esperienza musicale-relazionale?	Alto (competenza improvvisativa)
MATADOC	Assessment/diagnosi	Disturbi di coscienza	Ci sono segni di consapevolezza nelle risposte musicali?	Alto (formazione specifica)
MiDAS	Esito	Demenze moderate-gravi	Il coinvolgimento musicale sta cambiando nel tempo?	Basso (minuti per seduta)
Profili di Bruscia	Processo	Trasversale (improvvisazione)	Come si organizza la persona nella musica condivisa?	Molto alto (analisi intensiva)
Scale Nordoff-Robbins / AQR	Processo/relazione	Età evolutiva	A che livello è la relazione musicale, e qual è il passo successivo?	Medio (dentro la tradizione formativa)

A questa tabella si affiancano gli strumenti del panorama italiano (sezione 8.7). La MT-SAS serve per il processo relazionale nelle sedute attive. La MTPS per l'autovalutazione della pratica del terapeuta. Il MEL — che italiano non è, ma esiste nella nostra lingua — per la musica nella vita quotidiana delle famiglie.

9.2 La logica della combinazione

La scelta non è mai tra uno strumento musicoterapico e una scala clinica: è la coppia che fa l'impianto. La regola è ormai familiare. Per ogni progetto: almeno una misura che parli al contesto e almeno una misura che veda la musica, più le fonti qualitative del capitolo 4. La misura per il contesto è la scala validata che l'équipe riconosce, scelta nel volume 5. La misura che vede la musica si sceglie in questa Parte.

Tre esempi-tipo. Progetto in RSA: CMAI o NPI per l'esito clinico + MiDAS a ogni seduta + GAS individuali. Progetto con un bambino con autismo: gli strumenti

standard dell'équipe (volume 5, capitolo sul contesto educativo) + IMCAP-ND all'assessment e alla rivalutazione + videoanalisi di estratti con vocabolario costante. Percorso improvvisativo individuale documentato per la tesi: scale Nordoff-Robbins o AQR seduta per seduta + analisi con i profili di Bruscia su estratti campionati con criterio dichiarato + disegno A-B sulle misure comportamentali.

9.3 Tre domande prima di adottare qualsiasi strumento

Primo: ho la competenza per usarlo come gli autori prevedono? E, se no, posso formarmi o devo ripiegare su un'osservazione strutturata più semplice ma onesta? Un buono strumento usato male produce dati cattivi con l'aria di dati buoni, che è peggio di niente. **Secondo:** il tempo che mi costa è proporzionato a ciò che il progetto ne ricava? L'IMTAP completo per un ciclo di dieci sedute è una cattedrale per una messa feriale. Il MiDAS per un progetto di un anno è un investimento minimo con rendita continua.

Terzo: come lo dichiaro? Nel progetto e nel report, ogni strumento compare con il suo nome e la sua fonte. Per quelli senza validazione italiana compare anche la formula onesta della traduzione di lavoro. È la stessa rigore che pretendi dalle scale degli altri, applicata alle nostre.

E quando nessuno strumento esistente si adatta al tuo caso, ricorda la **gerarchia**. Prima si adatta uno strumento esistente, dichiarando l'adattamento. Poi — solo se davvero serve — se ne costruisce uno ad hoc con le regole del capitolo 2. Costrutto chiaro, comportamenti osservabili, più rilevazioni, possibilmente due osservatori. Una griglia artigianale costruita bene vale più di uno strumento blasonato usato a sproposito.

Il capitolo in poche righe

La tabella di orientamento riassume famiglia, popolazione, domanda e impegno di ciascuno strumento, con il panorama italiano ad affiancarla (9.1). L'impianto nasce sempre da una coppia: una misura che parla al contesto e una che vede la musica, come mostrano i tre esempi-tipo (9.2). Prima di adottare uno strumento, tre domande: ho la competenza, il costo è proporzionato, come lo dichiaro (9.3). E se nulla si adatta, prima si adatta l'esistente e poi, solo se serve, si costruisce ad hoc (9.3).

Bibliografia

- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile: IMTAP*. Jessica Kingsley.
- Biasutti, M. (2019). Self-assessing music therapy: The validity and reliability of the Music Therapy Practice Scale (MTPS). *The Arts in Psychotherapy*, 63, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.03.006>
- Bieker, C. M. (2024). La valutazione in musicoterapia: definizione, obiettivi e modalità. *Musica & Terapia*, 50, 2–11.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Charles C Thomas.
- Carpente, J. A. (2013). *IMCAP-ND: Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders. A clinical manual*. Regina Publishers.
- Gattino, G. S. (2021). *Essentials of music therapy assessment*. Forma e Conteúdo Comunicação Integrada. (In accesso aperto sul portale VBN dell'Università di Aalborg, vbn.aau.dk). [Ed. it. *Elementi essenziali della valutazione in musicoterapia*, a cura di C. M. Bieker, A. Longo, F. Rubbettino e F. Suvini: traduzione in corso, a pubblicazione scaglionata; la prima uscita comprende i quattro capitoli introduttivi].
- Gottfried, T., & Thompson, G. (2012). *MEL: Music in Everyday Life Assessment* [Strumento di valutazione. Sviluppato in Israele e in Australia (David Yellin College, Gerusalemme; Melbourne Conservatorium of Music). Questionario e istruzioni per il punteggio si scaricano gratuitamente dal sito, in sei lingue fra cui l'italiano]. <https://mel-assessment.com/>
- Gottfried, T., Thompson, G., Elefant, C., & Gold, C. (2018). Reliability of the Music in Everyday Life (MEL) Scale: A parent-report assessment for children on the autism spectrum. *Journal of Music Therapy*, 55(2), 133–155. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy002>
- 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>
- International Music Therapy Assessment Consortium. (s.d.). *Music in Everyday Life (MEL) assessment* [Scheda del catalogo degli strumenti di valutazione].

Aalborg Universitet. <https://www.dcc.aau.dk/research/research-groups/music-therapy-research/imtac/catalogue-of-assessment-tools/music-in-everyday-life-mel-assessment>

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.

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>

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

McDermott, O., Orgeta, V., Ridder, H. M., & Orrell, M. (2014). A preliminary psychometric evaluation of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *International Psychogeriatrics*, 26(6), 1011–1019. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000180>

McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 232–251. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907333>

Nordoff, P., & Robbins, C. (2007). *Creative music therapy: A guide to fostering clinical musicianship* (2nd ed.). Barcelona Publishers.

Pignatale, D. (s.d.). *Geriatric Music-Therapy Profile (GMP)* [Strumento di valutazione, deposito d'autore]. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/292145941>

Pignatale, D., & Mastroianni, F. (2007). SVAM – Scala di Valutazione dell'Attività di Musicoterapia: Uno strumento di valutazione e programmazione terapeutica [Abstract, 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria]. *Giornale di Gerontologia*, 55(5), 623. <https://www.sigg.it/assets/gdg/2007/gdg-05-ottobre-2007-LV.pdf>

Raglio, A., Gnesi, M., Monti, M. C., Oasi, O., Gianotti, M., Attardo, L., Contero, G., Morotti, L., Boffelli, S., Imbriani, C., Montomoli, C., & Imbriani, M. (2017). The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Validation of a new tool for music therapy process evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), O1547–O1561. <https://doi.org/10.1002/cpp.2115>

Raglio, A., Traficante, D., & Oasi, O. (2011). The evaluation of music therapy process in the intersubjective perspective: The Music Therapy Rating Scale. A pilot study. *Pragmatic and Observational Research*, 2, 19–23. <https://doi.org/10.2147/POR.S21891>

Robb, S. L., Carpenter, J. S., & Burns, D. S. (2011). Reporting guidelines for music-based interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342–352. <https://doi.org/10.1177/1359105310374781>

Scarlata, E., Bieker, C. M., Brumat, M., Ridder, H. M., & McDermott, O. (2022). *MiDAS-IT: Music in Dementia Assessment Scales — versione italiana* [Strumento di valutazione. Traduzione italiana ufficiale del MiDAS (McDermott, Orrell & Ridder, 2018), nelle due versioni per il musicoterapeuta e per il personale; si scaricano dal sito]. Aalborg University. <https://www.dcc.aau.dk/research/research-groups/music-therapy-research/midas>

Schumacher, K., & Calvet, C. (2007). The “AQR-instrument” (Assessment of the Quality of Relationship): An observation instrument to assess the quality of a relationship. In T. Wosch & T. Wigram (A cura di), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (pp. 79–91). Jessica Kingsley.

Sousa, L., Moura, B., McDermott, O., & Fernandes, L. (2023). A preliminary psychometric case study of the Music in Dementia Assessment Scales: European Portuguese version (MiDAS-PT). *Acta Médica Portuguesa*, 36(11), 731–739. <https://doi.org/10.20344/amp.18763>

Spiro, N., Tsiris, G., & Cripps, C. (2018). A systematic review of outcome measures in music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 36(1), 67–78. <https://doi.org/10.1093/mtp/mix011>

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>

Waldon, E. G., Jacobsen, S. L., & Gattino, G. S. (A cura di). (2018). *Music therapy assessment: Theory, research, and application*. Jessica Kingsley.

Wosch, T., & Wigram, T. (A cura di). (2007). *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students*. Jessica Kingsley.

Lecture consigliate

Non sono voci di bibliografia — il volume non vi appoggia i propri dati — ma sono i libri a cui andare quando l'argomento ti prende sul serio.

Bruscia, K. E. (2023). *Assessment in music therapy: Options & resources*. Barcelona Publishers. 620 pagine, oltre 250 strumenti di valutazione censiti e più di sessanta schede costruite dall'autore. È il repertorio più ampio esistente sull'argomento; la distinzione tra assessment ed evaluation citata nel capitolo 1 viene da qui, per il tramite di Bieker (2024).

Risorse in rete

Università di Aalborg — IMTAC, International Music Therapy Assessment Consortium (rassegna ragionata degli strumenti di valutazione musicoterapica, webinar, materiali): <https://www.dcc.aau.dk/research/research-groups/music-therapy-research/imtac>

Università di Aalborg — pagina del MiDAS (Music in Dementia Assessment Scales): <https://www.dcc.aau.dk/research/research-groups/music-therapy-research/midas>

Università di Aalborg — PAMI Research Group (Person Attuned Musical Interaction: manuale di formazione e materiali per gli operatori nella cura della demenza): <https://www.dcc.aau.dk/research/research-groups/music-therapy-research/pami-research-group>

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).

Valutare in musicoterapia

“I partecipanti stanno meglio” non è un risultato: è un’impressione. Questo volume insegna a costruire la frase che la sostituisce — con quali misure, raccolte quando, da chi — e a leggere le misure degli altri professionisti con cui il musicoterapeuta lavora ogni giorno.

La prima parte dà la logica: baseline, disegni valutativi alla portata della pratica clinica, significatività clinica, valutazione qualitativa, scale individualizzate, report. La seconda presenta gli strumenti propri della disciplina — dal MiDAS per le demenze al MATADOC per i disturbi di coscienza, dai profili per l’improvvisazione alle scale della relazione sonora, fino al panorama degli strumenti nati in Italia. Insieme costruiscono la regola dell’impianto: ogni progetto ha almeno una misura che parla al contesto e almeno una misura che vede la musica. La prima si sceglie nel volume 5, “Gli strumenti degli altri”, che di questo è il compagno inseparabile; la seconda si sceglie qui.

Il volume che trasforma “la musica fa bene” in dati che chiunque può verificare.

Volume 4 di 5. L’opera è aperta da “Osservare” (1), “Progettare” (2) e dal “Quaderno dei progetti” (3), e si chiude con il repertorio “Gli strumenti degli altri” (5).

