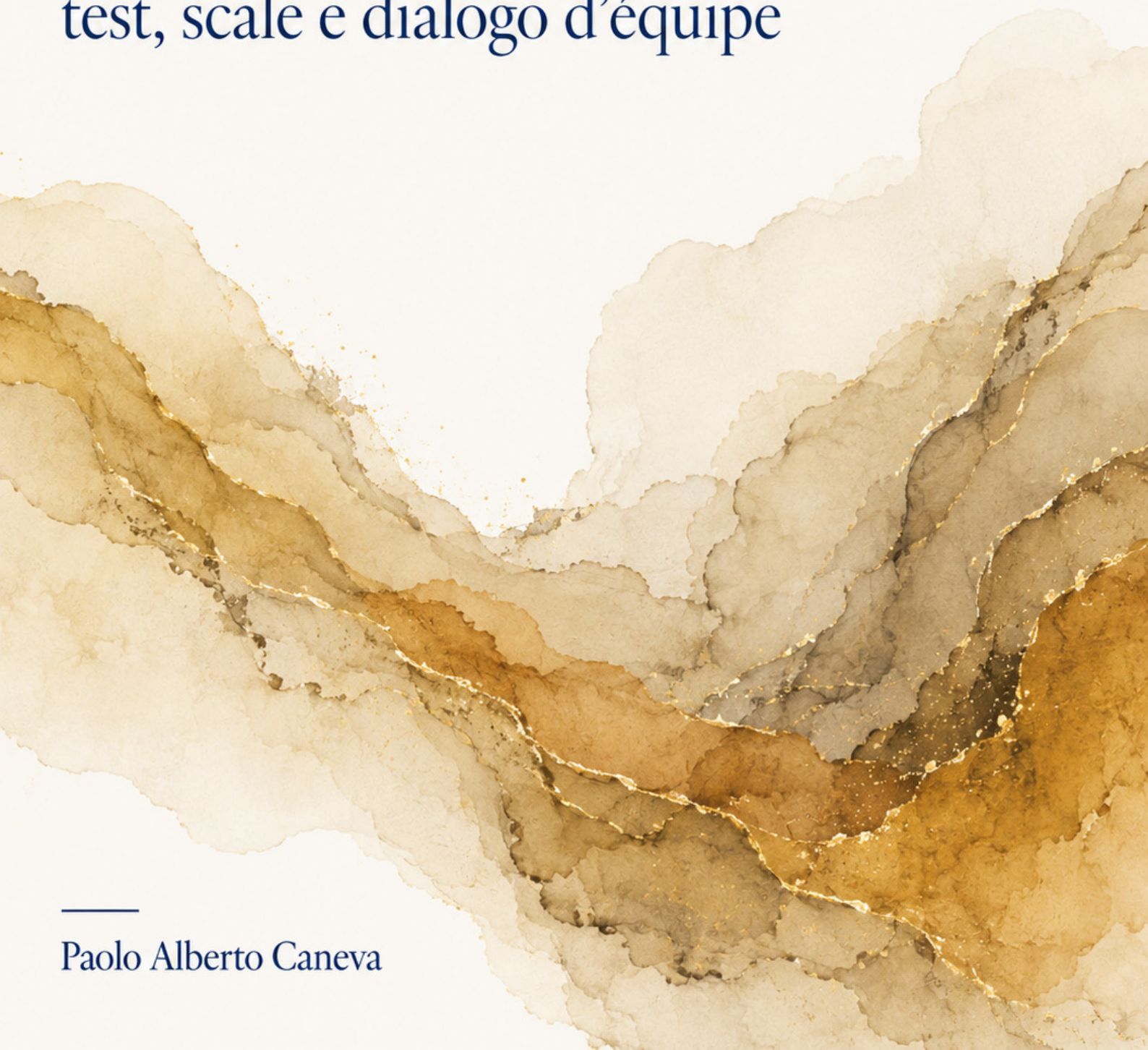


GLI STRUMENTI DEGLI ALTRI.

test, scale e dialogo d'équipe

Paolo Alberto Caneva



COLLANA IL MESTIERE SI IMPARA
5/5

Paolo Alberto Caneva

GLI STRUMENTI DEGLI ALTRI

TEST, SCALE E DIALOGO D'ÉQUIPE

© 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). *Gli strumenti degli altri*. <https://canevapaolo.it>

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

Per scrivere all'autore: cnvpaolo@gmail.com

Indice

Come usare questo volume.....	6
Da dove viene, e che cosa presuppone.....	6
L'opera.....	7
Capitolo 1 Il contesto preventivo.....	8
Premessa generale.....	8
1. Gravidanza e post partum.....	10
2. 0–5 anni: relazione genitore-bambino e bonding.....	12
3. 0–6 anni: scuola dell'infanzia e screening evolutivo.....	13
4. Buon invecchiamento.....	14
5. Wellbeing e sviluppo personale.....	16
6. Burnout.....	18
Sintesi: il set minimo per l'équipe preventiva.....	19
Glossario degli strumenti — ordine alfabetico.....	20
Bibliografia essenziale.....	32
Capitolo 2 Il contesto educativo.....	35
Premessa generale.....	35
1. Disturbi del neurosviluppo.....	36
2. Disturbi Specifici dell'Apprendimento.....	39
3. Disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva.....	42
4. Disagio scolastico, benessere emotivo e inclusione.....	44
Sintesi: il set minimo per l'équipe educativa.....	47
Glossario degli strumenti — ordine alfabetico.....	47
Bibliografia essenziale.....	58
Capitolo 3 Il contesto riabilitativo.....	60

Premessa generale.....	60
1. Disturbi del movimento e della deambulazione.....	62
2. Disturbi del linguaggio e della comunicazione.....	64
3. Disturbi cognitivi.....	67
Sintesi: il set minimo per l'équipe riabilitativa.....	70
Glossario degli strumenti — ordine alfabetico.....	70
Bibliografia essenziale.....	79
Capitolo 4 Il contesto sociosanitario.....	82
Premessa generale.....	82
1. Geriatria e demenze.....	83
2. Psichiatria.....	86
3. Oncologia.....	89
4. Cure palliative e hospice.....	91
5. Dipendenze.....	94
6. Disturbi del Comportamento Alimentare.....	96
Sintesi: strumenti trasversali e specifici per area.....	98
Glossario degli strumenti — ordine alfabetico.....	99
Bibliografia essenziale.....	112
Note sull'autore.....	116

Come usare questo volume

Questo non è un volume che si legge: è un volume che si consulta. Gli altri quattro della collana ti accompagnano lungo il ciclo del mestiere — osservare, progettare, valutare — e vanno letti nell'ordine in cui pensano. Questo è un atlante. Lo apri quando ti serve, alla pagina che ti serve, e lo richiudi.

Contiene un repertorio ragionato degli strumenti di valutazione che incontrerai nei quattro grandi contesti di lavoro del musicoterapeuta italiano: il contesto preventivo, quello educativo, quello riabilitativo e quello sociosanitario. Un capitolo per contesto. Dentro ogni capitolo, per ciascuna area clinica, trovi un inquadramento, il contributo della musicoterapia con le evidenze principali, e gli strumenti organizzati in tre fasce di priorità didattica: il nucleo da conoscere bene (fascia 1), il secondo livello da saper riconoscere e contestualizzare (fascia 2), gli strumenti specialistici o di nicchia (fascia 3). Le fasce non giudicano la qualità degli strumenti: stimano la probabilità che tu li incontri davvero, e la priorità con cui ti conviene impararli. La fascia vale per lo strumento in quell'area: lo stesso strumento può stare in fasce diverse in capitoli diversi, perché a cambiare è la probabilità di incontrarlo lì. Ogni capitolo si chiude con un glossario alfabetico — descrizione, modalità di somministrazione, figure professionali che lo usano, e una nota specifica per il musicoterapeuta — e con la bibliografia essenziale dell'area.

Il titolo dice già la cosa più importante, ed è bene dirla per esteso subito: **questi sono gli strumenti degli altri**. Non li somministrerai. Molti richiedono un titolo professionale abilitante, una formazione specifica o una supervisione dedicata, e il fatto di conoscerne la struttura non autorizza nessuno a usarli. La competenza che questo volume costruisce è di natura diversa, e non è una competenza minore: è saper leggere un punteggio in una cartella, capire che cosa i colleghi stanno misurando, raccordare i tuoi obiettivi e le tue misure al linguaggio che loro parlano, e partecipare al ragionamento clinico d'équipe come professionista e non come ospite. Dove uno strumento è invece accessibile al musicoterapeuta formato, dentro un protocollo condiviso, la nota lo dice esplicitamente.

Da qui in avanti cambia anche il tono, e non per distrazione. Negli altri volumi ti do del tu, perché ti sto insegnando un mestiere. Qui no: un repertorio descrive, non accompagna. Le voci sono asciutte perché devono reggere la consultazione rapida — quella che farai con la cartella clinica aperta davanti e cinque minuti prima della riunione d'équipe.

Da dove viene, e che cosa presuppone

Questi quattro capitoli (come per altro tutta la collana) nascono dalle lezioni, le dispense ed il confronto con centinaia di studenti che ho incontrato nella mia

veste di docente e ne conservano l'impostazione. Fino all'edizione precedente (mai pubblicata) stavano dentro "Valutare in musicoterapia", come sua terza parte. Sono usciti perché erano diventati la parte più voluminosa di quel volume e ne cambiavano la natura: un manuale che insegna la logica della misura e un repertorio che cataloga più di cento strumenti sono due libri, e servono a due momenti diversi della giornata.

Il volume si regge da solo, ma presuppone una cosa sola, ed è quella che rende leggibile tutto il resto: **la logica della valutazione sta in "Valutare in musicoterapia"**, Parti I e II. Lì trovi che cosa significano attendibilità, validità e significatività clinica; come si costruisce un disegno valutativo alla portata della pratica; come si scrive un report; e soprattutto gli strumenti costruiti dentro la nostra disciplina — IMTAP, IMCAP-ND, MATADOC, MiDAS, i profili di Bruscia, le scale Nordoff-Robbins e l'AQR. Senza quella parte, questo volume è un **catalogo muto**. Con quella parte, diventa la seconda metà di un'operazione sola: la regola dell'impianto è che ogni progetto abbia almeno una misura che parli al contesto — e la scegli qui — e almeno una misura che veda la musica, che scegli là.

Le regole della collana valgono anche in questo volume. Ogni sigla e ogni termine inglese viene spiegato alla prima occorrenza, e poi usato in modo costante; i nomi propri degli strumenti restano in inglese, perché è con quelli che circolano nelle cartelle e nelle riunioni d'équipe. 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. Le revisioni di letteratura citate in questi capitoli sono state verificate e aggiornate alle versioni correnti nella preparazione del volume.

L'opera

Questo è il volume 5 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. Questo quinto non racconta storie — è un repertorio — ma parla la stessa lingua degli altri, e i rimandi sono dichiarati dove servono. L'ordine dei numeri è l'ordine del mestiere: prima si osserva, poi si progetta, infine si valuta. Il quinto volume sta a fianco degli altri, come il dizionario sta a fianco della grammatica.

Capitolo 1

Il contesto preventivo

Nota metodologica: la collocazione nelle tre fasce non esprime un giudizio di qualità assoluta sul test, ma la sua utilità didattica e la probabilità che uno studente o un musicoterapeuta lo incontri realmente nei servizi.

Nota operativa: per gli strumenti proprietari o specialistici, conoscere lo strumento non coincide con essere autorizzati a somministrarlo. In molti casi il compito del musicoterapeuta è saperne leggere il significato nel dialogo d'équipe.

Premessa generale

Questo documento propone una selezione di strumenti che un musicoterapeuta, in ottica preventiva e interprofessionale, dovrebbe almeno saper **riconoscere, collocare e discutere** con sufficiente proprietà. Non si tratta di un manuale di psicomatria né di un repertorio esaustivo: è una **mappa orientativa**, costruita per chi lavora — o si prepara a lavorare — all'interno di équipe multidisciplinari nei contesti della prevenzione primaria e secondaria.

Il musicoterapeuta come figura interdisciplinare

Il musicoterapeuta opera in una posizione strutturalmente **interdisciplinare**. I contesti in cui agisce — consultori familiari, servizi di neonatologia, scuole dell'infanzia, centri per l'invecchiamento attivo, servizi di salute mentale, ambienti lavorativi — sono abitati da professionisti con formazioni, linguaggi e strumenti di valutazione eterogenei: ostetriche, psicologi, neuropsichiatri infantili, geriatri, educatori, medici del lavoro, assistenti sociali. Ciascuno di questi professionisti porta con sé un **repertorio di strumenti valutativi** che riflette la propria competenza disciplinare e il proprio mandato istituzionale.

Questa pluralità è una ricchezza, ma pone il musicoterapeuta di fronte a una responsabilità precisa: quella di **partecipare** al lavoro d'équipe con una **competenza di lettura** sufficiente. Non basta saper **fare musicoterapia**: occorre saper **capire** cosa sta misurando il collega quando cita il PHQ-9, cosa significa un punteggio MoCA borderline in fase di invio, cosa implica che una madre abbia compilato l'EPDS con un punteggio elevato. Questa competenza di lettura — non di somministrazione — è **condizione necessaria** per una reale integrazione professionale.

La formazione in musicoterapia, storicamente, ha dedicato **poca attenzione** a questo piano. Il risultato è che molti professionisti si trovano in équipe con strumenti potenti tra le mani — la relazione sonoro-musicale, l'ascolto attivo, la modulazione dell'esperienza corporea — ma con difficoltà nel **tradurre** i propri obiettivi e i propri esiti nel linguaggio quantitativo e categoriale che gli altri professionisti utilizzano. Questo volume nasce esattamente da quella lacuna.

Parlare la stessa lingua: la distinzione tra conoscere e somministrare

Conoscere uno strumento di valutazione non significa essere **autorizzati** a somministrarlo. Questa distinzione è fondamentale e va affermata con chiarezza, senza ambiguità e senza timidezza.

Alcuni strumenti — come il PHQ-9, la GAD-7, la PSS-10, la SWEMWBS — sono strumenti di screening o di monitoraggio del benessere sufficientemente accessibili, spesso di pubblico dominio, e la cui somministrazione può essere appresa con una formazione specifica. In determinati contesti e con le dovute precauzioni metodologiche, un musicoterapeuta formato potrebbe contribuire alla loro raccolta nell'ambito di un protocollo condiviso con l'équipe.

Altri strumenti — come la MoCA, la MMSE, la CBCL, la Griffiths III, le scale di attaccamento prenatale, i sistemi di coding micro-analitico — richiedono una formazione abilitante dedicata, una conoscenza approfondita della psicopatologia di riferimento, una supervisione clinica strutturata e, in molti casi, **un titolo professionale specifico** (tipicamente lo psicologo o il neuropsichiatra infantile). Somministrare questi strumenti senza la competenza richiesta non è solo un errore tecnico: è un atto eticamente problematico, che può portare a interpretazioni errate, a scelte cliniche inappropriate e, in ultima analisi, a un danno per la persona valutata.

Il musicoterapeuta che incontra queste misure nei referti, nelle cartelle, nei report d'équipe deve essere in grado di leggerle correttamente, di collocarle nel contesto clinico, di interagire con i colleghi a partire da una comprensione fondata — non superficiale, non approssimativa. Questo è il significato di "parlare la stessa lingua": non appropriarsi degli strumenti altrui, ma non restare nemmeno in silenzio per ignoranza.

La musicoterapia preventiva: un'area a pieno titolo

La musicoterapia preventiva non è un'appendice della pratica clinica né una versione alleggerita della musicoterapia tout court. È un'area di intervento con una propria identità teorica, una propria base empirica e una propria logica di azione.

Nella tradizione della salute pubblica, la prevenzione si articola classicamente in tre livelli: **prevenzione primaria** (ridurre l'incidenza di un problema prima che si manifesti), **prevenzione secondaria** (identificazione precoce e intervento tempestivo), **prevenzione terziaria** (limitare le conseguenze di un problema già instaurato). La musicoterapia può operare con piena legittimità in tutti e tre i livelli, con strumenti e obiettivi che variano significativamente a seconda del contesto e della popolazione.

Nel periodo perinatale, la musicoterapia preventiva può sostenere la qualità del legame madre-bambino, modulare i livelli di ansia e stress della gestante, favorire la costruzione della sintonizzazione affettiva nei primi mesi di vita.

Nell'età evolutiva, può promuovere competenze socio-emotive, sostenere la regolazione del comportamento e favorire la coesione del gruppo-classe.

Nell'invecchiamento attivo, può contrastare l'isolamento sociale, mantenere funzioni cognitive, sostenere la vitalità e il senso di appartenenza comunitaria.

Nel benessere lavorativo, può operare come strumento di promozione della resilienza, riduzione dello stress e prevenzione del burnout.

In tutti questi contesti, la **valutazione dell'efficacia** degli interventi richiede l'utilizzo di strumenti standardizzati: non per trasformare il musicoterapeuta in un ricercatore o in uno psicologo, ma per rendere visibile, misurabile e comunicabile ciò che la pratica musicoterapica produce. È questa la ragione profonda per cui questo volume esiste.

Come leggere le tre fasce

Gli strumenti sono organizzati in tre fasce di priorità didattica, trasversali a tutte le aree:

- Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene: strumenti che il musicoterapeuta incontra con maggiore probabilità nei servizi, nelle équipe o nei progetti di prevenzione, e che conviene saper leggere almeno a grandi linee.
- Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare: strumenti importanti ma più specifici o specialistici. Conviene saperli nominare, capire cosa misurano e quando entrano in gioco.
- Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia: molto utili in alcuni contesti, ma che richiedono formazione dedicata o hanno una diffusione più selettiva.

La categoria "validato in italiano" non è perfettamente omogenea. In alcuni casi esiste una validazione psicometrica italiana robusta; in altri una standardizzazione o un adattamento con evidenze iniziali; in altri ancora si tratta di categorie di strumenti molto usate clinicamente, ma non riducibili a un solo test con una singola validazione. Questa distinzione, apparentemente tecnica, spiega molte delle discrepanze che lo studente può incontrare confrontando repertori diversi.

1. Gravidanza e post partum

La musicoterapia preventiva in ambito perinatale

Il periodo perinatale — che comprende la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita del bambino — rappresenta una delle finestre temporali più sensibili e plastiche dell'esistenza umana. È un tempo di trasformazione profonda: biologica, psicologica, relazionale. Per la donna e per la coppia, implica la costruzione di nuove identità, la rielaborazione delle proprie storie di attaccamento, l'incontro con la vulnerabilità e, non di rado, con la sofferenza. La musicoterapia preventiva in questo contesto può agire su **molteplici livelli**: riduzione dell'ansia prenatale e del dolore percepito durante il travaglio, sostegno alla costruzione del legame prenatale attraverso esperienze sonoro-musicali condivise tra la madre e il bambino ancora in grembo, promozione della sintonizzazione affettiva nei primi scambi post-natali, supporto alla regolazione emotiva della madre nel puerperio. L'esperienza musicale condivisa — il canto, il dondolio ritmico, il babytalk melodico — costituisce già di per sé un linguaggio relazionale privilegiato che anticipa e supporta la comunicazione verbale. In questo quadro, gli strumenti valutativi assumono una funzione essenziale: permettono di identificare precocemente situazioni a rischio (depressione post partum, ansia perinatale non trattata, difficoltà di bonding), di documentare gli esiti degli interventi e di dialogare con l'équipe ostetrica, consultoriale e di salute mentale con un linguaggio condiviso. La conoscenza di questi strumenti non è quindi un ornamento accademico: è una condizione di **efficacia professionale**.

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

EPDS — Edinburgh Postnatal Depression Scale. Resta il riferimento più classico nel perinatale italiano. È lo strumento che più spesso il musicoterapeuta può incontrare in protocolli consultoriali, ospedalieri o territoriali. Va letto come screening e non come diagnosi: un punteggio elevato segnala la necessità di approfondimento, non certifica una condizione clinica.

PHQ-9 e GAD-7 — Patient Health Questionnaire-9 / Generalized Anxiety Disorder-7. Stanno bene nel nucleo minimo perché molti servizi usano batterie brevi e generaliste, anche quando non sono perinatali-specifiche. Per gli studenti è utile capire la differenza tra strumenti rapidi di pre-screening (Whooley/GAD-2) e strumenti leggermente più estesi, capaci di dare un profilo sintomatologico più articolato.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

PASS — Perinatal Anxiety Screening Scale. È particolarmente utile perché l'ansia perinatale viene spesso sottovalutata quando ci si concentra solo sulla depressione. Se il lavoro preventivo vuole intercettare precocemente le situazioni di sofferenza, questo è uno degli strumenti aggiuntivi più significativi da conoscere.

MAAS / PAI — Maternal Antenatal Attachment Scale / Prenatal Attachment Inventory. Entrano in gioco il contributo più vicino alla sensibilità musicoterapica: non soltanto sintomi, ma qualità dell'investimento affettivo verso il bambino, rappresentazioni e costruzione del legame. Sono strumenti preziosi per chi lavora in una logica relazionale e non solo sintomatologica.

WDEQ-A/B o PSAS-IT — Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire / Postpartum Specific Anxiety Scale. Strumenti mirati rispettivamente alla paura del parto e all'ansia specifica del post partum. Sono utili da conoscere quando il lavoro preventivo intercetta vissuti corporei, paura, controllo e la delicata transizione alla genitorialità.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

MFAS e strumenti specifici di trauma perinatale — Maternal-Fetal Attachment Scale e scale affini. Sono interessanti quando il focus diventa molto fine o di ricerca. Per un percorso formativo base conviene trattarli come strumenti da riconoscere, da collocare correttamente nella letteratura, senza pretendere di padroneggiarli operativamente.

***Indicazioni per l'équipe preventiva:** Il musicoterapeuta in ambito perinatale si raccorda con l'ostetrica, il ginecologo, lo psicologo perinatale e gli operatori del consultorio; dopo la nascita anche con il pediatra. L'EPDS è la scala che incontrerà più spesso nelle cartelle e nelle lettere d'invio. Un punteggio elevato, e in particolare l'item sui pensieri di autolesionismo, non è materia del musicoterapeuta: richiede un canale di segnalazione concordato prima di cominciare, con qualcuno che legga i questionari il giorno in cui vengono compilati e non a fine ciclo. PHQ-9 e GAD-7 svolgono la stessa funzione in forma generalista; la PASS coglie le forme d'ansia perinatali che l'EPDS non rileva; MAAS e PAI descrivono il legame prenatale che il lavoro sonoro con la diade cerca di sostenere. Con l'ostetrica vanno concordati anche i limiti fisici — riposo prescritto, gravidanza a rischio, post-cesareo — prima di proporre lavoro respiratorio, vocale o di movimento. Gli obiettivi si concordano con il servizio inviante e si mettono per iscritto; il WHO-5 prima e dopo un ciclo, accanto a una misura che veda la musica, è la documentazione praticabile in questo*

2. 0–5 anni: relazione genitore-bambino e bonding

La musicoterapia preventiva nel primo sviluppo relazionale

Il periodo che va dalla nascita ai cinque anni è quello in cui si gettano le fondamenta dello sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale dell'essere umano. Il bambino costruisce i propri modelli operativi interni attraverso la qualità delle esperienze di cura, la ripetizione dei ritmi di attaccamento e separazione, la sintonizzazione con il caregiver principale. È un periodo in cui la prevenzione ha il **massimo impatto possibile**.

La musicoterapia preventiva in questo contesto non si rivolge al bambino in isolamento: si rivolge alla diade, alla triade, al sistema familiare. La sua azione è mediata dalla qualità dell'esperienza sonoro-musicale condivisa: il canto di ninna-nanna, i giochi vocali, l'improvvisazione ritmica, la sintonizzazione affettiva attraverso il suono. Questi elementi non sono attività ricreative: sono **dispositivi di regolazione** relazionale con un fondamento neurobiologico solido.

Il musicoterapeuta che lavora in contesti di prevenzione precoce — consultori, nidi, centri genitori-bambini, servizi di neuropsichiatria infantile — deve poter leggere i risultati delle valutazioni del bonding, dell'autoefficacia genitoriale e delle scale osservative madre-bambino, per inserire il proprio intervento in modo coerente all'interno di un progetto di cura condiviso.

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

PBQ — Postpartum Bonding Questionnaire. È uno dei pochi strumenti che misurano direttamente la qualità del bonding e per questo parla in modo particolarmente efficace con un'ottica musicoterapica relazionale. Rappresenta un buon ponte tra clinica perinatale e intervento preventivo.

TOPSE / TOPSE-SF — Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (Short Form).

Prezioso perché intercetta l'autoefficacia genitoriale — un costrutto estremamente rilevante quando la musicoterapia lavora sulla regolazione, sulla competenza percepita e sulla qualità della presenza del genitore. La versione breve è particolarmente adatta ai contesti applicativi.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

PIR-GAS — Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale. Strumento clinicamente molto importante per valutare globalmente la qualità della relazione genitore-bambino. Richiede uno sguardo osservativo formato e una collocazione più vicina alla salute mentale dell'età evolutiva che al semplice screening. Il musicoterapeuta deve saperlo riconoscere nei referti e comprenderne il peso clinico.

Sistemi osservativi madre-bambino — Griglie e coding system per l'interazione diadica. Non designano un singolo test con una sola validazione: sono famiglie di griglie e coding system, con livelli di formazione e affidabilità differenti. Il musicoterapeuta che lavora con le diadi deve conoscerne l'esistenza e saper dialogare con i colleghi che li utilizzano.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

Interviste di attaccamento e coding micro-analitici specialistici — AAI (Adult Attachment Interview: intervista sull'attaccamento adulto), AMBIANCE e sistemi affini. Sono strumenti culturalmente importanti da nominare in un percorso formativo avanzato, ma escono dal nucleo minimo insegnabile a studenti che devono soprattutto imparare a orientarsi in équipe. La loro somministrazione richiede training specialistici di lunga durata.

***Indicazioni per l'équipe preventiva:** Il musicoterapeuta nel primo sviluppo relazionale si raccorda con il consultorio familiare, l'ostetrica, il pediatra, lo psicologo dell'età evolutiva e, nei servizi educativi, con gli educatori del nido. Il PBQ misura la qualità del legame madre-bambino: è pertinente perché quel legame è ciò che il canto condiviso e la sintonizzazione sonora si propongono di sostenere. La TOPSE-SF misura l'autoefficacia genitoriale, che è il costrutto che questi interventi indicano più spesso come proprio obiettivo. In prevenzione, però, spesso questi punteggi non esistono: nei gruppi genitore-bambino di un'associazione non c'è invio e non c'è PBQ, e gli obiettivi vanno costruiti e messi per iscritto con il committente, perché non c'è nessun progetto individuale che li contenga. Un PBQ che segnala difficoltà, o un PIR-GAS basso in un referto, indicano una relazione che richiede un percorso clinico: la musicoterapia lo affianca, non lo sostituisce, e la restituzione di quei punteggi alla madre non spetta al musicoterapeuta. La TOPSE-SF prima e dopo un ciclo è la documentazione praticabile.*

3. 0–6 anni: scuola dell'infanzia e screening evolutivo

La musicoterapia preventiva in età prescolare

La scuola dell'infanzia e i servizi educativi per la prima infanzia rappresentano uno dei contesti più preziosi per la prevenzione in senso pieno. In questo setting, il musicoterapeuta **non interviene su patologia conclamata** ma su processi evolutivi in corso: lo sviluppo delle competenze socio-emotive, la costruzione dell'identità nel gruppo dei pari, l'acquisizione delle prime capacità di autoregolazione. La musica, in questa fascia d'età, non è uno strumento terapeutico in senso stretto: è il **linguaggio naturale** del bambino. Il ritmo, la melodia, il gioco sonoro, la voce come strumento espressivo e relazionale sono elementi costitutivi dell'esperienza infantile. La musicoterapia preventiva sfrutta questa prossimità naturale per promuovere competenze che la ricerca ha identificato come **predittori significativi** di benessere futuro: la capacità di riconoscere e nominare le emozioni proprie e altrui, la flessibilità comportamentale, la tolleranza alla frustrazione, la coesione del gruppo. In questo contesto il musicoterapeuta lavora spesso in collaborazione con educatori, logopedisti, neuropsichiatri infantili e psicologi. La capacità di leggere i risultati degli screening evolutivi — in particolare quelli orientati allo sviluppo globale e al profilo socio-emotivo — è essenziale per garantire continuità e coerenza al progetto educativo e preventivo.

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

ASQ-3 — Ages & Stages Questionnaires, Third Edition. Strumento forte da inserire nel nucleo base: è un vero screening dello sviluppo globale (comunicazione, motricità fine e grossolana, problem solving, abilità personali-sociali), con adattamento e validazione italiana recente. Dialoga bene con la logica preventiva e con il lavoro in équipe educativa.

CBCL 1½–5 / SDQ — Child Behavior Checklist / Strengths and Difficulties Questionnaire. Strumenti molto diffusi per i profili socio-emotivi e comportamentali. Non misurano lo sviluppo globale, ma sono centrali quando il tema è adattamento, regolazione, comportamento e segni precoci di difficoltà. La SDQ ha il vantaggio di essere di libero accesso.

Liste delle tappe di sviluppo 0–5 anni — Indicatori normativi dello sviluppo evolutivo. Utilissime per l'alfabetizzazione professionale e per la comunicazione con i genitori. Va precisato che non equivalgono a una batteria psicometrica standardizzata: sono strumenti orientativi, non diagnostici.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

Griffiths III — Griffiths Scales of Child Development, Third Edition. Batteria importante e molto informativa per la valutazione dello sviluppo globale, ma più specialistica: richiede formazione abilitante e appartiene più all'assessment strutturato che al semplice screening. Il musicoterapeuta deve saperla riconoscere nei referti diagnostici.

Q-CHAT e strumenti di screening mirati — Quantitative Checklist for Autism in Toddlers e strumenti affini. Entrano in gioco quando emergono sospetti orientati verso specifiche traiettorie di rischio evolutivo. È utile che il musicoterapeuta sappia che esistono, ne comprenda la logica e possa integrare queste informazioni nel proprio approccio relazionale.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

Batterie evolutive specialistiche e assessment multidominio — VABS, LEITER, BSID e strumenti affini. Il musicoterapeuta non usa questi strumenti in autonomia, ma deve comprenderne il peso nel processo di invio, nella diagnosi funzionale e nella definizione dei bisogni del bambino. Sono la grammatica della valutazione evolutiva specialistica.

Indicazioni per l'équipe preventiva: Il musicoterapeuta in età prescolare si raccorda con le educatrici e le insegnanti, con il pediatra di libera scelta e, quando è già attivo un percorso, con il neuropsichiatra infantile e lo psicologo dell'età evolutiva. Ma chi autorizza e difende il progetto è il dirigente scolastico con il referente per l'inclusione: il progetto entra nel PTOF, il piano triennale dell'offerta formativa, e il consenso informato dei genitori precede qualsiasi osservazione e qualsiasi raccolta di dati. ASQ-3, SDQ e CBCL 1½–5 sono gli strumenti che troverà nei fascicoli: l'interpretazione non è di sua competenza, mentre la raccolta della SDQ — che è di libero accesso — è possibile dentro un protocollo concordato con chi la legge. Osservare in seduta un segnale evolutivo non equivale a formulare un sospetto diagnostico: si comunica a chi ha il mandato di valutare, con linguaggio descrittivo e senza etichette. Gli obiettivi si concordano con il team docente e si scrivono. Se si usa la SDQ come misura pre-post, il compilatore dev'essere lo stesso e i cambiamenti attesi sono piccoli: è uno strumento di screening, non una misura sensibile a otto settimane di lavoro.

4. Buon invecchiamento

La musicoterapia preventiva nell'invecchiamento attivo

L'invecchiamento demografico rappresenta una delle sfide più urgenti per i sistemi sanitari e sociali contemporanei. La prospettiva dell'Active Ageing — promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e adottata come quadro di riferimento dall'Unione Europea — sposta l'attenzione dalla gestione della

fragilità alla promozione attiva del benessere, della partecipazione, della sicurezza e dell'autonomia nella popolazione anziana.

In questo quadro la musicoterapia preventiva occupa uno spazio specifico. Sul versante cognitivo la prova disponibile è recente e circoscritta: una meta-analisi di nove studi controllati e randomizzati su 625 anziani cognitivamente sani riporta un miglioramento della cognizione globale (SMD 0,31), della memoria (0,36) e delle funzioni esecutive (0,43), e nessun effetto sull'attenzione (SMD -0,12, con intervallo di confidenza che attraversa lo zero; Tang et al., 2025); otto studi su nove presentano un rischio di bias non trascurabile. Sono dimensioni d'effetto piccole, ed è così che vanno riferite a un committente: chi promette il “mantenimento delle funzioni cognitive” sta dicendo più di quanto la letteratura sostenga. Sugli altri versanti — tono dell'umore, isolamento, appartenenza — questo volume non prende posizione: è un repertorio di strumenti, e gli strumenti che seguono servono a misurare quei costrutti, non a dimostrarli. Il gruppo musicoterapico, in particolare, si configura come un dispositivo relazionale capace di attivare risorse identitarie, biografiche e comunicative che l'invecchiamento tende a silenziare.

Il musicoterapeuta che opera in contesti geriatrici — centri diurni, residenze per anziani, programmi di active ageing territoriali — deve essere in grado di leggere **i profili** cognitivi, emotivi e funzionali dei propri utenti a partire dagli strumenti che i colleghi utilizzano. Confondere i livelli — trattare come normale un punteggio MoCA borderline, o viceversa patologizzare una flessione attesa nell'invecchiamento fisiologico — è un errore con conseguenze concrete sulla pianificazione dell'intervento.

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

MoCA — Montreal Cognitive Assessment. Uno dei due strumenti che il musicoterapeuta in contesto geriatrico deve saper riconoscere immediatamente. Valuta funzioni cognitive multiple (attenzione, memoria, linguaggio, orientamento, funzioni visuo-spaziali). Non va mitizzato: un punteggio MoCA non sostituisce una valutazione neuropsicologica completa, ma fornisce un quadro orientativo fondamentale per l'équipe.

MMSE — Mini-Mental State Examination. Il secondo riferimento classico nei setting geriatrici. Più semplice e veloce della MoCA, ma anche meno sensibile nelle fasi iniziali di declino. Il musicoterapeuta deve saper distinguere i due strumenti e capire quando uno è preferito all'altro.

GDS-IT — Geriatric Depression Scale — versione italiana. Importante perché in prevenzione e promozione del benessere dell'anziano il tono dell'umore può incidere più del dato cognitivo puro sull'adesione, sulla partecipazione e sul funzionamento quotidiano. Lo screening della depressione nell'anziano è un atto preventivo in senso pieno.

Scale di isolamento sociale e solitudine percepita — UCLA Loneliness Scale e scale affini. Per la musicoterapia preventiva e comunitaria sono centralissime. Il rischio nell'anziano non è solo cognitivo: è relazionale e partecipativo. Queste scale rendono visibile e misurabile un costrutto che la musicoterapia è in grado di modificare concretamente.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

PWB di Ryff / WHO-5 / SWEMWBS applicati all'età anziana — Misure di benessere psicologico positivo. Aiutano a non leggere l'invecchiamento solo in chiave di declino. Sono molto utili in progetti di promozione della salute, gruppi di comunità e programmi di active ageing orientati alla crescita piuttosto che alla compensazione del deficit.

PSS-10 — Perceived Stress Scale — 10 item. Non è uno strumento geriatrico specifico, ma può essere utile quando il focus preventivo è il carico soggettivo, il coping o la vulnerabilità psicologica di fronte agli eventi critici dell'invecchiamento (perdite, malattia, cambiamenti di ruolo).

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

AAI — Active Ageing Index. Indicatore composito sviluppato dall'UNECE per misurare il livello di invecchiamento attivo a livello di popolazione e di politiche. Va mantenuto nel repertorio perché illumina il piano dei determinanti sociali, ma è bene esplicitare che non è un test individuale da cartella clinica: è uno strumento di analisi e programmazione delle politiche.

***Indicazioni per l'équipe preventiva:** Il musicoterapeuta nei programmi di invecchiamento attivo si raccorda con il coordinatore del servizio, con il geriatra o il medico di medicina generale, con lo psicologo e con educatori e animatori. MoCA e MMSE servono a calibrare le proposte e a riconoscere chi va indirizzato a un approfondimento; il musicoterapeuta non li somministra, e nei centri dove è l'unico professionista presente questa è la richiesta che prima o poi gli verrà fatta e che deve saper declinare. In prevenzione si lavora con persone non in carico, e spesso quei punteggi non esistono affatto: la differenza tra calibrare e classificare va tenuta ferma anche nel linguaggio con cui si comunica all'ente. La GDS orienta sul tono dell'umore, che condiziona la partecipazione e la risposta alle proposte. La UCLA Loneliness Scale è la misura di esito più utile da documentare: la riduzione della solitudine percepita è uno degli esiti che la ricerca ha associato con maggiore costanza agli interventi musicali di comunità, con effetti di entità modesta, ed è anche l'argomento che gli enti finanziatori riconoscono più facilmente.*

5. Wellbeing e sviluppo personale

La musicoterapia preventiva nel benessere psicologico

Il benessere psicologico è un costrutto complesso e multidimensionale che non si riduce all'assenza di sintomi. La distinzione tra una visione **edonistica** del benessere — orientata alla riduzione del distress e all'incremento delle emozioni positive — e una visione **eudaimonica** — centrata sul senso, sulla crescita personale, sull'autorealizzazione e sulla qualità delle relazioni — è concettualmente importante e ha ricadute dirette sulla scelta degli strumenti di valutazione. La musicoterapia preventiva in ambito di benessere personale può agire in **contesti molto diversi**: gruppi universitari, programmi aziendali di benessere organizzativo, percorsi di sviluppo personale in ambito comunitario, interventi in contesti educativi formali e non formali. In tutti questi setting, la musica opera come **esperienza totalizzante** che coinvolge simultaneamente il piano cognitivo, emotivo, somatico e relazionale — rendendola particolarmente efficace per interventi che mirano non solo alla riduzione del distress ma alla promozione attiva del fiorire personale. Il musicoterapeuta che lavora in questi contesti ha bisogno di strumenti capaci di documentare cambiamenti nel benessere percepito, nella regolazione emotiva, nel senso di efficacia personale.

Questa capacità di documentazione è, sempre più, una condizione necessaria per l'accesso ai finanziamenti, alla programmazione istituzionale e al riconoscimento professionale.

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

SWEMWBS / WHO-5 — Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale / WHO Well-Being Index. Strumenti sintetici e molto didattici per introdurre il concetto di benessere mentale positivo. Sono adatti quando si vuole valutare programmi brevi, gruppi e interventi di promozione del benessere senza appesantire il percorso con protocolli lunghi.

CORE-OM / CORE-10 — Clinical Outcomes in Routine Evaluation — Outcome Measure. Famiglia di misure molto utile perché consente di monitorare lo stato psicologico generale e gli esiti di intervento senza ridursi a una sola categoria diagnostica. Particolarmente adatta al monitoraggio longitudinale in contesti non clinici e semi-clinici.

PSS-10 — Perceived Stress Scale — 10 item. Ha molto senso nei contesti preventivi, universitari e professionali. Non misura il benessere in senso pieno, ma aiuta a cogliere il carico percepito, che spesso è uno degli esiti più realistici e sensibili da monitorare in interventi di breve-media durata.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

PWB — Psychological Well-Being Scales — Carol Ryff. Scelta teoricamente più raffinata e più eudaimonica. Misura autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive, scopo nella vita e accettazione di sé. Sta bene in questa fascia perché è molto importante concettualmente, ma meno agile dei questionari brevi da monitoraggio operativo.

PGWBI e misure analoghe di benessere generale — Psychological General Well-Being Index. Utile quando si vuole un profilo più ampio di benessere percepito, che includa vitalità, salute generale, funzionamento emozionale e autocontrollo. Non sempre è il primo strumento che un musicoterapeuta incontra, ma vale la pena saperlo collocare.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

PANAS (Positive and Negative Affect Schedule: scala dell'affettività positiva e negativa) / RSA (Resilience Scale for Adults: scala di resilienza per adulti) / Scale di self-compassion — Misure complementari di affettività, resilienza e autocompassione. Arricchiscono molto la lettura del benessere psicologico ma rischiano di appesantire inutilmente il set minimo se inserite troppo presto nel percorso formativo. Rappresentano un secondo livello di approfondimento per studenti con interessi più orientati alla ricerca.

***Indicazioni per il lavoro con il committente:** In questo contesto non c'è un'équipe clinica ma un committente — un'università, un'azienda, un ente, un'associazione — con un referente psicologo o un responsabile di programma. È anche l'unico dei sei contesti in cui il musicoterapeuta lavora senza nessuno che regga con lui ciò che emerge nel gruppo: la supervisione non è qui un completamento formativo, è l'unica équipe disponibile. Gli obiettivi vanno concordati per iscritto prima di cominciare, e prima di*

decidere che cosa misurare: è il contesto in cui più facilmente il committente ha in testa un obiettivo diverso da quello che dichiara. SWEMWBS e WHO-5 sono misure di esito agili; la PSS-10 aggiunge lo stress percepito; il CORE-10 serve nei contesti semi-clinici. Chi vede i risultati va stabilito insieme all'informativa e al consenso: i dati individuali non tornano mai al committente, e questo vale anche quando il committente è un'università e i partecipanti sono studenti valutati. Poiché questi strumenti possono intercettare sofferenza clinica, il canale di invio si concorda prima, non quando emerge.

6. Burnout

La musicoterapia preventiva nel benessere lavorativo

Il burnout è oggi riconosciuto dall'OMS come fenomeno occupazionale con significative implicazioni per la salute individuale e organizzativa. La sua prevalenza nelle professioni di cura — tra cui la musicoterapia — è particolarmente elevata, e la prevenzione primaria e secondaria rappresenta una priorità sia sul piano individuale che su quello istituzionale. La musicoterapia **può contribuire alla prevenzione del burnout** a diversi livelli. Sul piano individuale, può favorire la regolazione emotiva, il recupero delle risorse personali, la costruzione di spazi di elaborazione e di senso. Sul piano gruppale e organizzativo, può essere utilizzata come dispositivo di team building emotivo, di promozione della coesione, di gestione dei conflitti relazionali che spesso sono all'origine dell'esaurimento professionale. Non è un caso che siano emersi negli ultimi anni protocolli di musicoterapia preventiva specificamente dedicati agli operatori sanitari e agli insegnanti. Un punto didattico cruciale in quest'area è aiutare gli studenti a comprendere perché coesistono più strumenti, quali dimensioni misura ciascuno e quando ciascuno è preferibile. Il burnout non è un costrutto univoco: le diverse misure riflettono diverse teorie del fenomeno, e conoscere queste differenze è il primo passo per scegliere lo strumento più adatto al contesto d'intervento.

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

MBI — Maslach Burnout Inventory. Va conosciuto perché è il classico storico e continua a comparire moltissimo in letteratura e nei contesti organizzativi. Misura esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. Non è privo di criticità psicometriche e interpretative, ma il suo valore come riferimento condiviso è indiscusso.

CBI — Copenhagen Burnout Inventory. Molto utile didatticamente perché distingue burnout personale, lavoro-correlato e legato al contatto con l'utenza — una distinzione particolarmente rilevante nelle professioni di cura. Ha il vantaggio di essere di pubblico dominio e di facile discussione in ottica preventiva.

BAT-12 — Burnout Assessment Tool — versione breve a 12 item. Rappresenta bene il dibattito più recente: esaurimento, distanza mentale e compromissione cognitivo-emotiva vengono letti in modo più integrato rispetto ai modelli classici. È lo strumento che meglio cattura l'evoluzione teorica del costrutto.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

PSS-10 e Mini-Z — Perceived Stress Scale / Mini-Z Burnout Survey. Strumenti molto utili quando il focus è lo stress occupazionale e il monitoraggio rapido del benessere lavorativo, ma non coincidono con il burnout in senso stretto. È

importante che gli studenti sappiano distinguere stress lavorativo e burnout conclamato.

Scale di soddisfazione lavorativa, engagement e clima organizzativo — Utrecht Work Engagement Scale e strumenti affini. Importanti per interpretare il contesto, soprattutto nei programmi di prevenzione primaria che vogliono agire prima che si instaurino dinamiche patologiche. Vanno distinti con chiarezza dal costrutto burnout.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

Strumenti professione-specifici e misure di moral distress — Professional Quality of Life Scale e strumenti affini. Molto rilevanti in alcuni setting sanitari o educativi — in particolare dove il distress morale è un fattore significativo — ma collocati oltre il nucleo minimo di un corso generale sulla prevenzione. Il musicoterapeuta che lavora in oncologia, cure palliative o terapia intensiva neonatale (UTIN) potrà trovarli particolarmente pertinenti.

***Indicazioni per l'équipe preventiva:** Il musicoterapeuta nei programmi rivolti ai lavoratori si raccorda con il medico competente, lo psicologo del lavoro e il responsabile del servizio di prevenzione e protezione; quando i destinatari sono operatori sanitari, anche con la direzione sanitaria. In Italia questi programmi vivono dentro la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, ed è quella cornice a renderli finanziabili invece che benevoli. L'MBI è il riferimento storico della letteratura, ma è proprietario; il CBI è di pubblico dominio e ha una scala dedicata al burnout da contatto con l'utenza, che intercetta la dimensione relazionale centrale nella pratica della musicoterapia; il BAT-12 ha cut-off validati sulla popolazione italiana. La riservatezza è la condizione preliminare: i dati sul burnout sono sensibili, non tornano mai al datore di lavoro in forma individuale, e il livello di aggregazione si concorda per iscritto prima della raccolta. Conta anche la volontarietà: se i partecipanti sono stati iscritti dal reparto, il gruppo è un adempimento e il pre-post misurerà quello. Un CBI o un BAT-12 prima e dopo il programma, restituiti in forma aggregata, sono ciò che rende un intervento rinnovabile invece che episodico.*

Sintesi: il set minimo per l'équipe preventiva

Alcuni strumenti compaiono in più aree perché misurano costrutti trasversali — ansia, stress percepito, benessere — che sono rilevanti in tutti gli ambiti preventivi. La tabella seguente organizza il set minimo per area, con indicazione della fascia e del professionista di riferimento.

Area	Strumenti chiave	Fascia	Professionista di rif.
Gravidanza / post partum	EPDS	1	Ostetrica, ginecologo, psicologo
Gravidanza / post partum	PHQ-9 / GAD-7	1	MMG, psicologo
Gravidanza / post partum	PASS	2	Psicologo perinatale, ostetrica
Gravidanza / post partum	MAAS / PAI	2	Psicologo perinatale, ostetrica
Gravidanza / post partum	WDEQ-A/B o PSAS-IT	2	Ostetrica, psicologo perinatale
0-5 anni / bonding	PBQ	1	Psicologo perinatale, ostetrica, pediatra
0-5 anni / bonding	TOPSE / TOPSE-SF	1	Psicologo, operatore consultoriale

Area	Strumenti chiave	Fascia	Professionista di rif.
0–5 anni / bonding	PIR-GAS	2	NPI, psicologo dell'età evolutiva
0–6 anni / screening	ASQ-3	1	Pediatra, NPI, psicologo
0–6 anni / screening	CBCL 1½–5 / SDQ	1	Psicologo, NPI, educatori
0–6 anni / screening	Griffiths III	2	Psicologo, NPI
0–6 anni / screening	Q-CHAT	2	NPI, psicologo, pediatra
Invecchiamento	MoCA	1	Neuropsicologo, geriatra, neurologo
Invecchiamento	MMSE	1	Geriatra, neurologo, neuropsicologo
Invecchiamento	GDS-IT	1	Geriatra, MMG, psicologo
Invecchiamento	UCLA Loneliness Scale	1	Psicologo, operatori per anziani
Invecchiamento	PSS-10	2	Psicologo, medico
Wellbeing	SWEMWBS / WHO-5	1	Psicologo, promozione della salute
Wellbeing	CORE-OM / CORE-10	1	Psicologo, psicoterapeuta
Wellbeing	PSS-10	1	Psicologo, medico
Wellbeing	PWB	2	Psicologo, ricercatore
Wellbeing	PGWBI	2	Psicologo, medico
Burnout	MBI	1	Psicologo del lavoro, medico del lavoro
Burnout	CBI	1	Psicologo del lavoro, medico del lavoro
Burnout	BAT-12	1	Psicologo del lavoro, medico del lavoro
Burnout	PSS-10 / Mini-Z	2	Psicologo del lavoro, medico del lavoro

Tutto ciò che è più specialistico può essere presentato come secondo livello o come mappa delle collaborazioni interdisciplinari possibili. La distinzione tra sapere e saper fare rimane il principio orientativo di tutto il percorso.

Glossario degli strumenti — ordine alfabetico

Le voci sono ordinate alfabeticamente per sigla o nome abbreviato. Per ogni strumento sono indicati: il nome completo, l'area di riferimento, una descrizione del costrutto misurato e del funzionamento dello strumento, le modalità di somministrazione, le figure professionali che tipicamente lo utilizzano e una nota specifica per il musicoterapeuta.

AAI — Active Ageing Index	Invecchiamento — indicatore di sistema
Descrizione	Indicatore composito sviluppato dall'UNECE e dalla Commissione Europea per misurare il grado di invecchiamento attivo a livello di popolazione. Non valuta il singolo individuo ma un sistema territoriale o nazionale, attraverso 22 indicatori aggregati in quattro

domini: occupazione, partecipazione sociale, vita indipendente e capacità/abilitante.

Somministrazione	Non è somministrato a individui: è calcolato su dataset di popolazione (Eurostat, indagini nazionali). Non richiede somministrazione diretta.
Chi lo usa	Ricercatori, pianificatori di politiche sociali, enti pubblici, organizzazioni internazionali.
Nota per il MT	<i>È utile conoscerlo per contestualizzare il proprio lavoro preventivo in una logica di sistema. Aiuta a capire perché certi programmi di active ageing esistono e come si giustificano politicamente e socialmente. Da non confondere con l'altra AAI, l'Adult Attachment Interview, l'intervista sull'attaccamento adulto nominata fra gli strumenti specialistici del contesto preventivo.</i>

ASQ-3 — Ages & Stages Questionnaires, Third Edition	0–6 anni — screening evolutivo globale
Descrizione	Questionario di screening dello sviluppo compilato dai genitori (o caregivers). Valuta cinque aree: comunicazione, motricità grossolana, motricità fine, problem solving e abilità personali-sociali. Esistono versioni per fasce d'età dai 2 ai 60 mesi. Identifica bambini che potrebbero necessitare di approfondimento diagnostico.
Somministrazione	Autocompilazione da parte dei genitori, in circa 10–15 minuti. Il punteggio viene poi interpretato da un professionista (pediatra, NPI, educatore formato).
Chi lo usa	Pediatrati, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, educatori formati, operatori consultoriali.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora con bambini piccoli o con genitori può trovare nei risultati ASQ informazioni utili per calibrare l'intervento: ad esempio, un profilo con difficoltà nella comunicazione e nelle abilità personali-sociali orienta verso un'attenzione specifica alla qualità degli scambi interattivi.</i>

BAT-12 — Burnout Assessment Tool — versione a 12 item	Burnout — valutazione
Descrizione	Versione breve del BAT (originalmente 23 item), sviluppata da Schaufeli e colleghi. Misura quattro dimensioni: esaurimento, distanza mentale, compromissione cognitiva e compromissione emotiva. A differenza dell'MBI, considera il burnout come un continuum e non come somma di componenti indipendenti.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5–8 minuti. Scala Likert a 5 punti. Punteggi di cut-off validati per la popolazione italiana.
Chi lo usa	Psicologi del lavoro, medici del lavoro, responsabili delle risorse umane (HR), ricercatori. Può essere utilizzato in protocolli di prevenzione primaria da operatori formati.
Nota per il MT	<i>Strumento molto pertinente per il musicoterapeuta che vuole documentare l'efficacia di interventi preventivi rivolti a lavoratori o operatori sanitari. Cattura dimensioni (distanza mentale, compromissione emotiva) che la musicoterapia può</i>

influenzare direttamente.

CBCL 1½–5 — Child Behavior Checklist per bambini 1½–5 anni	0–6 anni — profilo comportamentale e socio-emotivo
Descrizione	Parte del sistema Achenbach (ASEBA). Questionario compilato dai genitori che valuta problemi emotivi e comportamentali in bambini piccoli. Produce profili sindromici (emotivo reattivo, ansioso/depresso, lamentele somatiche, ritirato, problemi di sonno, problemi di attenzione, comportamento aggressivo) e scale orientative per DSM.
Somministrazione	Autocompilazione da parte dei genitori, circa 15–20 minuti. La valutazione e interpretazione richiede formazione specifica ASEBA.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili, operatori certificati ASEBA.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta non somministra la CBCL, ma deve saper leggere i profili nei referti: un profilo con predominanza di ritiro e problemi emotivi orienta verso un'attenzione specifica alla qualità del contatto e alla proposta sonora.</i>
CBI — Copenhagen Burnout Inventory	Burnout — valutazione
Descrizione	Sviluppato da Kristensen e colleghi in Danimarca. A differenza dell'MBI, si concentra sull'esaurimento (fisico e psicologico) come nucleo del burnout, articolato in tre scale: burnout personale, burnout lavoro-correlato, burnout legato al contatto con l'utenza. Non include la depersonalizzazione come componente separata.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5–10 minuti. Scala Likert a 5 punti. È di pubblico dominio e liberamente scaricabile.
Chi lo usa	Psicologi del lavoro, ricercatori, medici del lavoro, responsabili della salute organizzativa.
Nota per il MT	<i>Particolarmente rilevante per il musicoterapeuta perché la scala 'burnout da contatto con l'utenza' intercetta esattamente quella dimensione relazionale che è centrale nella pratica della musicoterapia. Utile per ricerche e valutazioni di programmi preventivi rivolti agli operatori.</i>
CORE-OM / CORE-10 — Clinical Outcomes in Routine Evaluation — Outcome Measure / versione a 10 item	Wellbeing — misura di outcome clinico
Descrizione	Famiglia di misure sviluppata nel contesto della psicoterapia e dei servizi di salute mentale. Il CORE-OM (34 item) valuta quattro domini: benessere soggettivo, problemi/sintomi, funzionamento e rischio. Il CORE-10 è la versione breve (10 item) per monitoraggi frequenti. Non è legato a un singolo disturbo: misura il funzionamento psicologico generale.
Somministrazione	Autocompilazione, 5–10 minuti (CORE-10) o 10–15 minuti (CORE-OM). Scala Likert a 5 punti.

Chi lo usa	Psicologi, psicoterapeuti, operatori dei servizi di salute mentale. Il CORE-10 è usato anche in contesti non clinici per il monitoraggio di programmi di benessere.
Nota per il MT	<i>Strumento molto utile per documentare gli esiti di interventi musicoterapici in contesti semi-clinici o di promozione del benessere. Il CORE-10 è abbastanza agile da poter essere proposto in più misurazioni nel corso di un intervento.</i>
EPDS — Edinburgh Postnatal Depression Scale	Gravidanza / post partum — screening della depressione
Descrizione	Strumento di screening più utilizzato al mondo per la depressione post partum, ma validato anche per l'uso in gravidanza. Composto da 10 item, indaga umore depresso, ansia, senso di colpa, insonnia e — crucialmente — pensieri di autolesionismo. Non è uno strumento diagnostico: è uno screening che identifica le donne che necessitano di una valutazione clinica approfondita.
Somministrazione	Autocompilazione, 5–10 minuti. Scala Likert a 4 punti. Punteggio di cut-off (tipicamente ≥ 10 –13 nella versione italiana) indica necessità di approfondimento.
Chi lo usa	Ostetriche, ginecologi, psicologi, medici di medicina generale, consultori familiari. In molti protocolli è somministrato routinariamente in tutti i contatti perinatali.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora in consultori o contesti perinatali troverà frequentemente questo strumento citato nelle cartelle o negli invii. Un punteggio elevato segnala una vulnerabilità emotiva che orienta la progettazione dell'intervento verso obiettivi di sostegno e regolazione emotiva.</i>
GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder — 7 item	Benessere generale / perinatale — screening dell'ansia
Descrizione	Strumento di screening per il disturbo d'ansia generalizzata. Sette item che indagano frequenza e intensità di sintomi ansiosi nelle ultime due settimane. Spesso utilizzato in coppia con il PHQ-9 come batteria generalista di pre-screening. Esiste anche la versione ultrabreve GAD-2 per screening rapido.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 2 minuti. Scala Likert a 4 punti.
Chi lo usa	Medici di medicina generale, psicologi, operatori dei servizi di salute mentale, consultori.
Nota per il MT	<i>Come il PHQ-9, è uno strumento di lettura essenziale per il musicoterapeuta che lavora in équipe. Un punteggio elevato orienta verso una valutazione clinica; nel frattempo, il musicoterapeuta può orientare l'intervento verso la regolazione fisiologica dell'arousal e la riduzione dell'iperattivazione.</i>
GDS-IT — Geriatric Depression Scale — versione italiana	Invecchiamento — screening della depressione

Descrizione	Scala di screening della depressione specificamente sviluppata per la popolazione anziana. Evita item somatici (sonno, appetito, libido) che nell'anziano hanno scarso valore diagnostico differenziale. Esistono versioni a 30, 15 e 5 item. La versione a 15 item (GDS-15) è quella più comunemente usata nella pratica.
Somministrazione	Autocompilazione o somministrazione assistita (utile con anziani con difficoltà di lettura o lieve compromissione cognitiva). Risposta dicotomica sì/no.
Chi lo usa	Geriatrici, medici di medicina generale, psicologi, infermieri geriatrici, operatori dei servizi per anziani.
Nota per il MT	<i>Strumento da conoscere bene per chi lavora in contesti geriatrici. Un anziano con GDS elevata può rispondere in modo molto diverso all'intervento musicoterapico rispetto a uno con tono dell'umore preservato. La depressione nell'anziano influenza profondamente la motivazione, la partecipazione e la risposta alle proposte relazionali.</i>

Griffiths III — Griffiths Scales of Child Development, Third Edition	0–6 anni — valutazione dello sviluppo
Descrizione	Batteria per la valutazione dello sviluppo globale del bambino da 0 a 6 anni. Valuta cinque scale: fondazioni dell'apprendimento, linguaggio e comunicazione, competenze oculo-manuali, sviluppo personale-sociale-emozionale, e motricità grossolana. Richiede somministrazione individuale diretta con il bambino, attraverso materiale standardizzato.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di un professionista abilitato, circa 45–90 minuti a seconda dell'età e del bambino. Richiede formazione specifica e acquisto del kit materiali.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili, specialisti dello sviluppo. Richiede abilitazione alla somministrazione.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta non somministra la Griffiths III. Può tuttavia trovarne i risultati nei referti diagnostici e usarli per orientare l'intervento: il profilo per scale permette di identificare punti di forza e di fragilità su cui costruire proposte musicali mirate.</i>

MAAS — Maternal Antenatal Attachment Scale	Gravidanza — attaccamento prenatale
Descrizione	Scala self-report che misura la qualità e l'intensità dell'attaccamento prenatale della madre verso il bambino che porta in grembo. Valuta due dimensioni: qualità dell'attaccamento (contenuto affettivo delle interazioni immaginate con il bambino) e intensità (frequenza e tempo dedicato all'interazione prenatale). Complementare al PAI (Prenatal Attachment Inventory).
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10 minuti. Scala Likert a 5 punti.
Chi lo usa	Psicologi perinatali, ostetriche, operatori dei consultori familiari, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Strumento molto pertinente per la musicoterapia perinatale: la qualità del legame prenatale è esattamente ciò che gli interventi</i>

di music bonding cercano di sostenere e rafforzare. Conoscere i punteggi MAAS aiuta a calibrare il tipo di proposta sonoro-musicale offerta alla diade.

MBI — Maslach Burnout Inventory	Burnout — valutazione
Descrizione	Sviluppato da Christina Maslach negli anni '80. Rimane lo strumento più citato nella ricerca sul burnout. Misura tre dimensioni: esaurimento emotivo, depersonalizzazione/cinismo e ridotta realizzazione personale. Esistono versioni per le professioni di aiuto (MBI-HSS), per gli insegnanti (MBI-ES) e una versione generale (MBI-GS).
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10–15 minuti. Scala Likert a 7 punti. È uno strumento proprietario, pubblicato da Mind Garden, e richiede acquisto.
Chi lo usa	Psicologi del lavoro, medici del lavoro, ricercatori, responsabili HR.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta incontrerà frequentemente l'MBI nella letteratura e nei protocolli di valutazione organizzativa. Va conosciuto anche per i suoi limiti: non distingue bene i tre fattori in tutte le popolazioni e può sottostimare forme di esaurimento non emotivo. Strumento di riferimento storico imprescindibile.</i>
Mini-Z — Mini Z Worklife and Burnout Reduction Instrument	Burnout — screening rapido e condizioni di lavoro
Descrizione	Strumento breve a 10 item nato per i professionisti sanitari. Accanto a tre reazioni della persona — stress, soddisfazione, burnout — misura le condizioni di lavoro che le producono: il caos dell'ambiente, il controllo sul proprio lavoro, l'efficacia dell'équipe, l'allineamento fra i propri valori e quelli della dirigenza, e il peso della cartella informatizzata. Il burnout è rilevato da un solo item a cinque scelte, tarato sull'esaurimento emotivo del MBI.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 3–5 minuti.
Chi lo usa	Psicologi del lavoro, medici del lavoro, direzioni sanitarie.
Nota per il MT	<i>È lo strumento da conoscere quando la musicoterapia viene proposta come intervento sul benessere del personale, e non sulle persone in cura. La differenza con l'MBI conta: l'MBI descrive lo stato di chi lavora, il Mini-Z nomina anche le condizioni organizzative che lo producono — e un laboratorio musicale settimanale può muovere le prime e non le seconde. Dirlo prima, al committente, evita di farsi misurare su ciò che non dipende dall'intervento. Il burnout letto da un solo item resta uno screening, non una diagnosi.</i>
MMSE — Mini-Mental State Examination	Invecchiamento — screening cognitivo
Descrizione	Strumento di screening cognitivo tra i più usati al mondo in ambito geriatrico e neurologico. Valuta orientamento temporale e spaziale, registrazione, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio e prassia. Punteggio massimo 30; soglie di

	compromissione validate per la popolazione italiana con correzioni per età e scolarità.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di un operatore formato, circa 10 minuti.
Chi lo usa	Medici geriatri, neurologi, neuropsicologi, medici di medicina generale.
Nota per il MT	<i>Strumento da conoscere per il musicoterapeuta in contesto geriatrico: un punteggio MMSE indica la presenza e il grado di compromissione cognitiva, orientando la progettazione dell'intervento (complessità delle proposte, durata, struttura).</i>

MoCA — Montreal Cognitive Assessment	Invecchiamento — screening cognitivo
Descrizione	Strumento di screening cognitivo breve, più sensibile dell'MMSE nelle fasi iniziali di declino. Valuta: attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuo-costruttive, pensiero concettuale, calcolo, orientamento. Punteggio massimo 30; punteggio normale ≥ 26 (con correzione di 1 punto per scolarità ≤ 12 anni). Versione 7.1 standardizzata per la popolazione italiana.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di un operatore formato, circa 10–15 minuti.
Chi lo usa	Neuropsicologi, geriatri, neurologi, medici di medicina generale.
Nota per il MT	<i>Indispensabile da conoscere per chi lavora con anziani. Il musicoterapeuta che legge un punteggio MoCA nella cartella clinica deve sapere cosa significa: un 24 è molto diverso da un 18. La soglia di compromissione orienta il tipo di proposta (struttura, complessità, obiettivi di stimolazione).</i>

PAI — Prenatal Attachment Inventory	Gravidanza — attaccamento prenatale
Descrizione	Scala self-report che valuta la qualità dell'attaccamento prenatale, con particolare attenzione alle interazioni immaginate tra la madre e il bambino. Complementare alla MAAS, con cui condivide il costrutto teorico ma non gli item. Ha ricevuto validazione italiana in campioni di donne in gravidanza.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10–15 minuti.
Chi lo usa	Psicologi perinatali, ostetriche, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Come la MAAS, fornisce informazioni sulla qualità del legame prenatale che sono direttamente rilevanti per la progettazione di interventi di music bonding o musicoterapia perinatale preventiva.</i>

PASS — Perinatal Anxiety Screening Scale	Gravidanza / post partum — screening dell'ansia
Descrizione	Strumento specificamente sviluppato per rilevare l'ansia nel periodo perinatale, superando i limiti degli strumenti generalisti (come GAD-7) che non catturano bene le forme di ansia specifiche della gravidanza e del post partum. 31 item che

valutano: ansia acuta da stress, ansia sociale, perfezionismo/controllo, preoccupazioni specifiche perinatali.

Somministrazione	Autocompilazione, circa 10–15 minuti. Scala Likert a 4 punti. Validazione italiana disponibile.
Chi lo usa	Psicologi perinatali, ostetriche, operatori dei consultori familiari.
Nota per il MT	<i>Particolarmente utile per chi lavora in prevenzione perinatale perché cattura forme di ansia — paura del parto, preoccupazioni sulla salute del bambino, paura di non essere all'altezza — che l'EPDS da solo non rileva adeguatamente.</i>

PBQ — Postpartum Bonding Questionnaire	0–5 anni / bonding — valutazione
Descrizione	Questionario self-report che valuta la qualità del bonding madre-bambino nel post partum. 25 item articolati in quattro scale: bonding normale, rifiuto e rabbia, ansia per il bambino, rischio di maltrattamento. Non è uno strumento diagnostico: è uno screening che identifica madri a rischio di difficoltà relazionali precoci.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10 minuti. Validazione italiana disponibile.
Chi lo usa	Psicologi perinatali, ostetriche, pediatri, operatori dei consultori familiari.
Nota per il MT	<i>Strumento molto pertinente per la musicoterapia preventiva relazionale. Un profilo PBQ con difficoltà nel bonding orienta verso un intervento centrato sulla sintonizzazione affettiva, sul canto condiviso e sulla costruzione di esperienze diadiche positive.</i>

PGWBI — Psychological General Well-Being Index	Wellbeing — benessere generale
Descrizione	Strumento self-report per la valutazione soggettiva del benessere psicologico generale. 22 item articolati in sei sottoscale: ansia, tono dell'umore, benessere generale, autocontrollo, vitalità e salute generale. Fornisce sia un punteggio globale che profili per sottoscala.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10–15 minuti. Scala Likert a 6 punti.
Chi lo usa	Psicologi, ricercatori, operatori della promozione della salute, medici.
Nota per il MT	<i>Utile quando si vuole un profilo articolato del benessere percepito. La sottoscala della vitalità è particolarmente rilevante per gli interventi musicoterapici orientati all'energia e alla partecipazione.</i>

PHQ-9 — Patient Health Questionnaire — 9 item	Benessere generale / perinatale — screening della depressione
Descrizione	Strumento di screening per la depressione basato sui criteri DSM. 9 item che indagano i sintomi depressivi nelle ultime due

settimane. Punteggi di cut-off validati per diversi livelli di gravità (minima, lieve, moderata, moderatamente severa, severa). Spesso usato in coppia con la GAD-7.

Somministrazione	Autocompilazione, circa 3 minuti. Scala Likert a 4 punti.
Chi lo usa	Medici di medicina generale, psicologi, operatori dei servizi di salute mentale, consultori.
Nota per il MT	<i>Strumento di lettura essenziale per il musicoterapeuta che lavora in équipe. La gravità indicata dal PHQ-9 orienta sia la priorità dell'invio clinico che il tipo di supporto che la musicoterapia può offrire nel frattempo.</i>

PIR-GAS — Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale	0-5 anni — qualità della relazione genitore-bambino
Descrizione	Scala a punteggio unico (0-100) che valuta globalmente la qualità della relazione genitore-bambino nel primo periodo di vita. Integra informazioni da osservazione diretta e da colloquio clinico. I punteggi sono ancorati a descrizioni cliniche che vanno da 'ben adattato' a 'documentato maltrattamento'.
Somministrazione	Valutazione clinica da parte di un professionista formato, basata su osservazione diretta e/o colloquio. Non è un questionario autocompilato.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, specialisti in psicopatologia perinatale.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta non utilizza la PIR-GAS ma può trovarne il punteggio nei referti di invio. Un punteggio PIR-GAS basso indica una relazione disturbata che richiede intervento specialistico; la musicoterapia può agire come contesto di supporto alla relazione, non in sostituzione del percorso clinico.</i>

PSAS / PSAS-IT — Postpartum Specific Anxiety Scale	Post partum — ansia specifica materna
Descrizione	51 item che misurano l'ansia specifica del dopo parto nei primi mesi di vita del bambino, tenuta distinta dall'ansia generale e dalla depressione. Quattro fattori: competenza materna e attaccamento, sicurezza e salute del bambino, cure pratiche quotidiane, adattamento psicosociale alla maternità. La versione italiana, PSAS-IT, conserva la stessa struttura a quattro fattori. Esistono forme brevi pensate per la ricerca.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 15 minuti, riferita all'ultima settimana.
Chi lo usa	Psicologi perinatali, ostetriche, operatori consultoriali.
Nota per il MT	<i>Da non confondere con la PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale), che è un altro strumento di questo stesso capitolo, né con l'EPDS, che misura la depressione post partum: l'ansia è un costrutto separato, e una madre può avere un EPDS tranquillo e una PSAS alta. Per il musicoterapeuta il fattore che interessa più da vicino è il primo, competenza materna e attaccamento, perché è esattamente ciò che i gruppi di canto madre-bambino si propongono di sostenere. È lo strumento che permette di documentare quel cambiamento senza attribuirsi risultati sulla</i>

depressione, che appartengono a un'altra misura e a un altro intervento.

PSS-10 — Perceived Stress Scale — versione a 10 item	Wellbeing / burnout — stress percepito
Descrizione	Scala self-report per la misura soggettiva dello stress percepito nelle ultime quattro settimane. Non misura eventi stressori oggettivi, ma il grado in cui la propria vita è vissuta come imprevedibile, incontrollabile e sovraccarica. Ampiamente usata in ricerca e in contesti preventivi.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 3–5 minuti. Scala Likert a 5 punti. Validazione italiana disponibile per popolazioni adulte, universitarie e insegnanti.
Chi lo usa	Psicologi, ricercatori, operatori della promozione della salute, medici del lavoro.
Nota per il MT	<i>Strumento versatile che il musicoterapeuta può incontrare in contesti molto diversi: programmi universitari, aziendali, comunitari. Il senso di controllo e di prevedibilità è fortemente influenzato dall'esperienza musicale strutturata, rendendola uno dei possibili target dell'intervento.</i>
PWB — Psychological Well-Being Scales — Carol Ryff	Wellbeing — benessere eudaimonico
Descrizione	Strumento teoricamente fondato sul modello eudaimonico di Ryff. Misura sei dimensioni: autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita, accettazione di sé. Esistono versioni a 84, 54, 42 e 18 item. Fondamentale per distinguere benessere come assenza di distress da benessere come fiorire personale.
Somministrazione	Autocompilazione. La durata varia significativamente con la versione (dai 10 ai 30–40 minuti). Scala Likert a 6 punti. Validazione italiana disponibile.
Chi lo usa	Psicologi, ricercatori, operatori della promozione della salute.
Nota per il MT	<i>Molto pertinente per chi lavora in ottica di promozione della salute con adulti. La dimensione 'scopo nella vita' e 'crescita personale' sono particolarmente rilevanti per la musicoterapia preventiva orientata all'autoefficacia e all'espressione identitaria.</i>
Q-CHAT — Quantitative CHecklist for Autism in Toddlers	0–6 anni — screening autismo
Descrizione	Strumento di screening per i segnali precoci di autismo in bambini da 18 a 24 mesi. Deriva dal CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers) ed è stato sviluppato per avere maggiore sensibilità diagnostica. Valuta comportamenti come l'imitazione, l'attenzione congiunta, il gioco simbolico.

Somministrazione	Questionario compilato dai genitori (25 item), completato da osservazione diretta in alcuni protocolli.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pediatri, operatori dei servizi per l'autismo.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta non usa il Q-CHAT, ma può incontrarlo nel processo di invio. Nei contesti in cui lavora con bambini con segnali precoci di disturbo del neurosviluppo, la conoscenza di questo strumento aiuta a comprendere il percorso diagnostico in corso.</i>

SDQ — Strengths and Difficulties Questionnaire	0–6 anni / età evolutiva — profilo socio-emotivo
Descrizione	Questionario breve (25 item) che valuta sia le difficoltà sia i punti di forza socio-emotivi del bambino e dell'adolescente. Cinque scale: sintomi emotivi, problemi di condotta, iperattività, problemi con i pari, comportamento prosociale. Versioni per genitori, insegnanti e auto-compilazione (dai 11 anni). È di libero accesso.
Somministrazione	Autocompilazione da parte di genitori o insegnanti, circa 5 minuti. Scala Likert a 3 punti.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili, educatori, insegnanti, pediatri.
Nota per il MT	<i>Strumento molto utile da conoscere perché è diffusissimo nei contesti educativi e scolastici. Il profilo SDQ (e in particolare la scala del comportamento prosociale) può orientare la progettazione di interventi musicoterapici preventivi orientati alle competenze sociali.</i>

SWEMWBS — Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale	Wellbeing — benessere mentale positivo
Descrizione	Versione breve a 7 item della WEMWBS (14 item). Misura il benessere mentale positivo nelle ultime due settimane: pensieri positivi, funzionamento psicologico, capacità di affrontare i problemi. Non misura psicopatologia ma benessere in senso pieno. Validazione italiana recente.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 2–5 minuti. Scala Likert a 5 punti.
Chi lo usa	Ricercatori, operatori della promozione della salute, psicologi, operatori di programmi di wellbeing.
Nota per il MT	<i>Ideale per misurare gli esiti di interventi musicoterapici preventivi di breve durata. La sua brevità lo rende utilizzabile in pre-post e in misurazioni ripetute senza appesantire il protocollo.</i>

TOPSE / TOPSE-SF — Tool to Measure Parenting Self-Efficacy — versione completa e Short Form	0–5 anni — autoefficacia genitoriale
Descrizione	Strumento self-report che misura la percezione di competenza del genitore in diversi domini del caregiving. La versione completa valuta otto domini su 48 item: emozione e affetto, gioco e piacere, empatia e comprensione, controllo, disciplina e limiti, pressioni, accettazione di sé, apprendimento e conoscenza. La TOPSE-SF è la versione breve (36 item): sono i sei domini della versione completa, meno “controllo” e “disciplina e limiti” (Boldrini et al., 2023). Validazione italiana disponibile.
Somministrazione	Autocompilazione, 5–15 minuti a seconda della versione.
Chi lo usa	Psicologi, operatori consultoriali, educatori del nido e della scuola dell'infanzia, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Strumento di grande rilevanza per la musicoterapia preventiva rivolta ai genitori: l'autoefficacia percepita è uno dei costrutti che il lavoro sulla competenza relazionale e sul canto condiviso può modificare. Particolarmente utile per documentare i cambiamenti nei programmi di parent training musicale.</i>
UCLA Loneliness Scale — University of California Los Angeles Loneliness Scale	Invecchiamento / comunità — solitudine percepita
Descrizione	Scala self-report per la valutazione della solitudine percepita. Esistono versioni a 20 e 3 item. Misura il divario tra le relazioni sociali desiderate e quelle percepite come effettivamente disponibili. Non misura l'isolamento oggettivo (numero di contatti) ma la solitudine soggettiva. Ampiamente usata in ricerca sull'invecchiamento.
Somministrazione	Autocompilazione, 5–10 minuti (versione completa) o 2 minuti (versione a 3 item).
Chi lo usa	Ricercatori, psicologi, operatori dei servizi per anziani, operatori di salute pubblica.
Nota per il MT	<i>Strumento particolarmente pertinente per il musicoterapeuta che lavora in contesti di comunità con anziani: la riduzione della solitudine percepita è uno degli esiti più documentati degli interventi di musicoterapia preventiva e comunitaria.</i>
WDEQ-A/B — Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (A=prenatale, B=post partum)	Gravidanza — paura del parto
Descrizione	Strumento per la valutazione della paura del parto. La versione A misura le aspettative e i timori prenatali verso il parto; la versione B

valuta l'esperienza soggettiva del parto dopo che è avvenuto. Utile per identificare donne con tocofobia clinicamente significativa (punteggio ≥ 85).

Somministrazione	Autocompilazione, circa 10 minuti. Scala Likert a 6 punti.
Chi lo usa	Ostetriche, psicologi perinatali, ginecologi.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta che lavora in contesti di preparazione al parto: la paura del parto è un target diretto di molti interventi preventivi basati sulla musica (rilassamento, respirazione, riduzione dell'ansia anticipatoria).</i>
WHO-5 — WHO Well-Being Index — 5 item	Wellbeing — benessere mentale
Descrizione	Brevissimo questionario (5 item) sviluppato dall'OMS per lo screening del benessere mentale. Valuta umore positivo, calma, vitalità, senso di riposo e interesse per le cose nelle ultime due settimane. Punteggio grezzo da 0 a 25 (5 item su scala a 6 punti, da 0 a 5), moltiplicato per 4 per ottenere l'indice da 0 a 100; un indice ≤ 50 suggerisce valutazione più approfondita del benessere. Disponibile in numerose lingue incluso l'italiano.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 2 minuti. Scala Likert a 6 punti.
Chi lo usa	Medici di medicina generale, ricercatori, operatori della promozione della salute, psicologi.
Nota per il MT	<i>La sua brevità lo rende ideale come misura di esito in interventi brevi o come screening iniziale. Spesso usato come prima misura in protocolli di valutazione multidimensionale.</i>

Bibliografia essenziale

La bibliografia è selettiva e privilegia fonti utili per la didattica: validazioni italiane, studi clinimetrici, norme aggiornate e risorse ufficiali sugli strumenti citati.

Gravidanza e post partum

Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., & Cox, J. L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53(2), 137–141. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00102-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00102-5)

Busonera, A., Cataudella, S., Lampis, J., Tommasi, M., & Zavattini, G. C. (2016). Investigating validity and reliability evidence for the Maternal Antenatal Attachment Scale in a sample of Italian women. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 329–336. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0559-3>

Busonera, A., Cataudella, S., Lampis, J., Tommasi, M., & Zavattini, G. C. (2017a). Prenatal Attachment Inventory: Expanding the reliability and validity evidence using a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 462–479. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1349896>

Ionio, C., Ciuffo, G., Landoni, M., Smorti, M., Della Vedova, A., Christiansen, P., Fallon, V., Silverio, S. A., & Bramante, A. (2023). The Italian language postpartum specific anxiety scale [PSAS-IT]: Translation, psychometric evaluation, and

validation. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1208613. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1208613>

Koukopoulos, A., Mazza, C., De Chiara, L., Sani, G., Simonetti, A., Kotzalidis, G. D., Armani, G., Callovini, G., Bonito, M., Parmigiani, G., Ferracuti, S., Somerville, S., Roma, P., & Angeletti, G. (2021). Psychometric properties of the Perinatal Anxiety Screening Scale administered to Italian women in the perinatal period. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 684579. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.684579>

Relazione genitore-bambino e bonding (0–5 anni)

Boldrini, F., Ragni, B., Russo, C., Barni, D., & De Stasio, S. (2023). The Italian version of the Tool to Measure Parental Self-Efficacy-Short Form: Psychometric properties of the measure and initial validation. *Acta Biomedica*, 94(4), e2023179. <https://doi.org/10.23750/abm.v94i4.14470>

Busonera, A., Cataudella, S., Lampis, J., Tommasi, M., & Zavattini, G. C. (2017b). Psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire and correlates of mother-infant bonding impairment in Italian new mothers. *Midwifery*, 55, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.08.011>

Screening evolutivo (0–6 anni)

ASEBA — EmedeA. (s.d.). *CBCL 1½–5 — versione italiana*. Risorsa consultiva sugli strumenti Achenbach disponibili in Italia.

Hogrefe Editore. (s.d.). *Griffiths III: traduzione, adattamento e standardizzazione per la popolazione italiana*. Risorsa editoriale e formativa.

Manti, F., Giovannone, F., Ciancaleoni, M., De Vita, G., Fioriello, F., Gigliotti, F., & Sogos, C. (2023). Psychometric properties and validation of the Italian version of Ages & Stages Questionnaires Third Edition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5014. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065014>

Buon invecchiamento

Fiordelli, M., Sak, G., Guggiari, B., Schulz, P. J., & Petrocchi, S. (2020). Differentiating objective and subjective dimensions of social isolation and appraising their relations with physical and mental health in Italian older adults. *BMC Geriatrics*, 20, 472. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01864-6>

Foderaro, G., Isella, V., Mazzone, A., Biglia, E., Di Gangi, M., Pasotti, F., Sansotera, F., Grobberio, M., Raimondi, V., Mapelli, C., Ferri, F., Impagnatiello, V., Ferrarese, C., & Appollonio, I. M. (2022). Brand new norms for a good old test: Northern Italy normative study of MiniMental State Examination. *Neurological Sciences*, 43(5), 3053–3063. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05845-4>

Galeoto, G., Sansoni, J., Scuccimarri, M., Bruni, V., De Santis, R., Colucci, M., Valente, D., & Tofani, M. (2018). A psychometric properties evaluation of the Italian version of the Geriatric Depression Scale. *Depression Research and Treatment*, 2018, 1797536. <https://doi.org/10.1155/2018/1797536>

Pirani, A., Nasreddine, Z., Neviani, F., Fabbo, A., Rocchi, M. B., Bertolotti, M., Tulipani, C., Galassi, M., Belvederi Murri, M., & Neri, M. (2022). MoCA 7.1: Multicenter validation of the first Italian version of Montreal Cognitive

Assessment. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 6(1), 509–520. <https://doi.org/10.3233/ADR-210053>

Tang, L., Feng, Z., Zhang, Y., & Tong, F. (2025). The effects of music-based interventions on cognitive function in cognitively normal older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 16, 1632873. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1632873>

Wellbeing e sviluppo personale

Carrozzino, D., Christensen, K. S., Patierno, C., Woźniewicz, A., Møller, S. B., Arendt, I.-M. T. P., Zhang, Y., Yuan, Y., Sasaki, N., Nishi, D., Berrocal Montiel, C., Ceccatelli, S., Mansueto, G., & Cosci, F. (2022). Cross-cultural validity of the WHO-5 Well-Being Index and Euthymia Scale: A clinimetric analysis. *Journal of Affective Disorders*, 311, 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.111>

Messineo, L., & Tosto, C. (2024). Evaluation of the psychometric properties of the Italian version of the 10-item Perceived Stress Scale in a sample of teachers. *Frontiers in Psychology*, 14, 1330789. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1330789>

Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 444–449. <https://doi.org/10.1002/cpp.646>

Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-Being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 38(3), 117–130. <https://doi.org/10.1708/173.1864>

Soraci, P., Bevan, N., Griffiths, M. D., Pisanti, R., Servidio, R., Ferrari, A., Di Bernardo, C., & Pakpour, A. H. (2024). The Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): An Italian validation using confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *BMC Psychology*, 12, 680. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02177-8>

Burnout

Fiorilli, C., De Stasio, S., Benevene, P., Iezzi, D. F., Pepe, A., & Albanese, O. (2015). Copenhagen Burnout Inventory (CBI): A validation study in an Italian teacher group. *TPM — Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(4), 537–551. <https://doi.org/10.4473/TPM22.4.7>

Mazzetti, G., Consiglio, C., Santarpia, F. P., Borgogni, L., Guglielmi, D., & Schaufeli, W. B. (2022). Italian validation of the 12-item version of the Burnout Assessment Tool (BAT-12). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8562. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148562>

Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F., Violani, C., & Lazzari, D. (2013). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: A test of alternative models. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 697–707. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06114.x>

Capitolo 2

Il contesto educativo

Nota metodologica: la collocazione nelle tre fasce non esprime un giudizio di qualità assoluta sul test, ma la sua utilità didattica e la probabilità che uno studente o un musicoterapeuta lo incontri realmente nei servizi educativi e nei contesti scolastici.

Nota operativa: in ambito educativo il musicoterapeuta dialoga con neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, educatori e insegnanti di sostegno. Conoscere gli strumenti che questi professionisti usano non autorizza a somministrarli autonomamente, ma è la condizione per partecipare al ragionamento collegiale sul bambino.

Premessa generale

Questo capitolo è dedicato al contesto educativo, con riferimento ai servizi per la **prima infanzia** (nido d'infanzia, sezioni primavera, scuola dell'infanzia) e alla **scuola primaria**. La fascia d'età di riferimento è 0–11 anni: il periodo in cui lo sviluppo neurologico, cognitivo, linguistico, emotivo e sociale procede con la maggiore velocità e plasticità, e in cui le condizioni di rischio e di fragilità si manifestano con i loro primi segnali riconoscibili.

Le **quattro aree** trattate sono: i disturbi del neurosviluppo (autismo, ADHD, disabilità intellettiva), i disturbi specifici dell'apprendimento, i disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, e il disagio scolastico con le sue implicazioni per il benessere emotivo e l'inclusione. Queste aree non sono compartimenti stagni: si **sovrappongono** frequentemente, condividono meccanismi neurali, strumenti di valutazione e figure professionali di riferimento.

Il contesto educativo come contesto terapeutico

Il contesto educativo è strutturalmente **diverso** da quello clinico. Non si entra a scuola con una diagnosi come prerequisito: si entra da bambini, con tutto il peso e la ricchezza di quello che si è. **L'obiettivo** non è guarire o riabilitare, ma favorire lo sviluppo, l'apprendimento, la partecipazione e il benessere. Questo non significa che la dimensione clinica sia assente — molti bambini che frequentano i servizi educativi hanno diagnosi, percorsi terapeutici paralleli, équipe di riferimento — ma significa che il lavoro educativo si svolge in un **frame diverso**, centrato sul bambino come **soggetto in crescita** piuttosto che come portatore di un deficit da correggere.

Il musicoterapeuta in contesto educativo è una figura relativamente nuova nel panorama italiano, ma la sua presenza sta crescendo — sia nei servizi pubblici che in quelli privati — soprattutto nelle aree dell'autismo, dei disturbi del linguaggio e del disagio scolastico. Questo professionista non si sostituisce all'insegnante di sostegno, al logopedista o allo psicologo scolastico: porta una competenza specifica — la relazione sonoro-musicale come strumento di sviluppo, di apprendimento e di inclusione — che si inserisce in un sistema di intervento coordinato.

La coordinazione è la parola chiave. In contesto educativo, il musicoterapeuta lavora sempre all'interno di una rete: il team dei docenti, il neuropsichiatra infantile di riferimento (NPI), il logopedista, lo psicologo, i genitori. Conoscere gli strumenti che questi professionisti usano per valutare e monitorare il bambino è la condizione per cui il contributo della musicoterapia diventa leggibile, integrabile e difendibile all'interno di questa rete.

La valutazione in età evolutiva: specificità e cautele

La valutazione in età evolutiva presenta specificità importanti che il musicoterapeuta deve conoscere. I bambini piccoli **non sono** adulti in miniatura: il loro profilo cognitivo, linguistico ed emotivo è in continuo divenire, e una valutazione effettuata a 3 anni può raccontare una storia molto diversa da quella effettuata a 5. I test per bambini sono standardizzati su campioni normativi stratificati per età (spesso per fasce di mesi, nei primi anni di vita) e i punteggi devono essere sempre interpretati alla luce dell'età cronologica, dell'età di sviluppo e del contesto culturale e linguistico del bambino.

Un secondo elemento di cautela riguarda la **distinzione** tra **ritardo** e **disturbo**. Un ritardo nello sviluppo del linguaggio a 2 anni può essere un segnale transitorio o il primo indicatore di un disturbo persistente: solo il follow-up nel tempo permette di distinguerli. Il musicoterapeuta non è nella posizione di fare questa distinzione — spetta al NPI e al logopedista — ma deve saperla cogliere nel ragionamento dell'équipe e non trattare ogni ritardo come una diagnosi.

Infine, la partecipazione della **famiglia** è strutturalmente diversa rispetto all'adulto: i genitori non sono solo informanti, sono agenti terapeutici fondamentali. Molti degli strumenti presentati in questo volume prevedono versioni per i genitori (parent report) come fonti di informazione complementari all'osservazione diretta del bambino. Il musicoterapeuta che conosce questi strumenti può contribuire a costruire una relazione di alleanza con la famiglia, condividendo il linguaggio della valutazione e del progetto.

Come leggere le tre fasce

Gli strumenti sono organizzati in tre fasce di priorità didattica:

- Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene: strumenti che il musicoterapeuta incontra con maggiore frequenza nei referti, nelle riunioni d'équipe e nei PEI/PDP dei bambini seguiti.
- Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare: strumenti importanti ma più specialistici, che il musicoterapeuta deve saper nominare e collocare nel ragionamento clinico.
- Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia: presenti in contesti selettivi o in ricerca. Utili per l'orientamento bibliografico e il dialogo con professionisti esperti.

1. Disturbi del neurosviluppo

Inquadramento clinico

I disturbi del neurosviluppo comprendono un insieme eterogeneo di condizioni che esordiscono nel periodo dello sviluppo — tipicamente prima dell'ingresso scolastico o nei primi anni di scuola — e che si caratterizzano per deficit in

domini specifici dello sviluppo: comunicazione sociale e comportamento (disturbo dello spettro autistico, ASD), attenzione e autoregolazione (disturbo da deficit di attenzione/iperattività, ADHD), funzionamento intellettivo e comportamento adattivo (disabilità intellettiva, DI). Questi disturbi si presentano spesso in comorbidità tra loro e con i disturbi del linguaggio e dell'apprendimento.

Il disturbo dello spettro autistico (ASD) è caratterizzato da deficit nella comunicazione e nell'interazione sociale e da pattern di comportamento ripetitivi e ristretti. La variabilità clinica è enorme: dal bambino con linguaggio assente e grave compromissione intellettiva al bambino con intelligenza nella norma e linguaggio formalmente preservato ma con significative difficoltà pragmatiche. Questa eterogeneità rende essenziale una valutazione multidimensionale e un approccio personalizzato.

L'ADHD si manifesta con inattenzione, iperattività e impulsività in misura e pervasività superiori a quanto atteso per l'età di sviluppo. In età prescolare predominano i sintomi di iperattività-impulsività; con l'ingresso scolastico emergono con più chiarezza le difficoltà attentive, che si traducono in difficoltà di apprendimento, di rispetto delle regole e di relazione con i pari. La comorbidità con i DSA è molto frequente (30–50% dei casi).

La disabilità intellettiva si definisce per la presenza simultanea di limitazioni significative del funzionamento intellettivo ($QI < 70$) e del comportamento adattivo, con esordio nel periodo evolutivo. I livelli di gravità (lieve, moderata, grave, profonda) hanno implicazioni molto diverse sul tipo di intervento educativo e terapeutico possibile.

Il contributo della musicoterapia nei disturbi del neurosviluppo

La musicoterapia nei disturbi del neurosviluppo è una delle aree con la letteratura di ricerca **più ricca** dell'intero campo. La revisione Cochrane di Geretsegger e colleghi (2022) documenta con certezza moderata tre effetti della musicoterapia **nell'autismo**: una maggiore probabilità di miglioramento globale, una riduzione ampia della severità complessiva dei sintomi e un incremento modesto della qualità di vita. Sugli esiti che ci si aspetterebbe più vicini alla musicoterapia — l'interazione sociale e la comunicazione, verbale e non verbale — la revisione **non** trova invece prove chiare di differenza, con certezza bassa o molto bassa. È un dato da conoscere prima di scrivere un progetto: dice dove le prove reggono e dove no, e mette in guardia dal promettere in un obiettivo ciò che la letteratura non sostiene.

Nell'ADHD, la struttura ritmica e temporale della musica può fungere da cornice esterna di organizzazione dell'attenzione e del comportamento. L'attività musicale richiede simultaneamente attenzione, inibizione delle risposte impulsive, coordinazione e flessibilità — funzioni esecutive che sono esattamente le più compromesse nell'ADHD. La ricerca è meno estesa rispetto all'ASD, ma i dati disponibili suggeriscono effetti positivi sull'attenzione sostenuta e sulla regolazione del comportamento.

Nella disabilità intellettiva, la musicoterapia opera principalmente sulla comunicazione non verbale, sulla relazione, sulla stimolazione sensoriale e cognitiva, e sulla qualità della vita. La musica accede a risorse che possono essere relativamente conservate anche in presenza di compromissione

intellettiva significativa: la risposta ritmica, la memoria implicita per melodie conosciute, la risposta emotiva.

Strumenti di valutazione — disturbi del neurosviluppo

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

ADOS-2 — Autism Diagnostic Observation Schedule — 2a edizione. Strumento osservativo semi-strutturato considerato il gold standard internazionale per la valutazione diagnostica dell'ASD. Cinque moduli calibrati sull'età e sul livello linguistico. Valuta comunicazione, interazione sociale reciproca, gioco, comportamenti ripetitivi/stereotipati. **Nota:** l'edizione italiana esiste (Hogrefe, Firenze 2013) ma non dispone di una taratura su campione normativo italiano; lo strumento è ampiamente usato nei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) con training certificato. Il musicoterapeuta deve saper leggere i punteggi e capire cosa osservano i diversi item.

CBCL 6-18 / CBCL 1½-5 — Child Behavior Checklist. Parte del sistema Achenbach (ASEBA). Questionario compilato dai genitori che valuta problemi emotivi e comportamentali. Versione 1½-5 per la prima infanzia; versione 6-18 per l'età scolare. Produce profili sindromici (ansia/depressione, ritiro, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione, comportamento aggressivo, comportamento trasgressivo delle regole) e scale orientative per DSM. Lo stesso costrutto è valutato con la TRF (Teacher Report Form) dai docenti e con la YSR (Youth Self-Report) dagli adolescenti.

SDQ — Strengths and Difficulties Questionnaire. Questionario breve (25 item) in versioni per genitori, insegnanti e auto-compilazione (dagli 11 anni). Cinque scale: sintomi emotivi, problemi di condotta, iperattività, problemi con i pari, comportamento prosociale. Di libero accesso, usato moltissimo nei servizi di NPIA e nelle scuole come strumento di screening e di monitoraggio. La scala del comportamento prosociale è particolarmente rilevante per la musicoterapia.

Vineland-3 — Vineland Adaptive Behavior Scales — 3a edizione. Misura il comportamento adattivo — la capacità del bambino di prendersi cura di sé e di funzionare nella vita quotidiana — in quattro domini: comunicazione (ricezione, espressione, scrittura), vita quotidiana (personale, domestica, comunitaria), socializzazione (relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali), abilità motorie. Fondamentale per la valutazione della disabilità intellettiva e dell'ASD: non basta il QI, occorre sapere come il bambino funziona nella vita reale.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

ADI-R — Autism Diagnostic Interview — Revised. Intervista semistrutturata ai genitori che valuta la storia dello sviluppo del bambino nelle tre aree core dell'ASD. Complementare all'ADOS-2 nel processo diagnostico. **Nota:** come l'ADOS-2, ha un'edizione italiana pubblicata (Giunti Psychometrics) ma non una taratura su campione normativo italiano; è in uso clinico diffuso nei servizi di NPIA con training certificato.

CARS-2 — Childhood Autism Rating Scale — 2a edizione. Scala di rating osservativo per la valutazione della gravità dell'autismo. Versione standard

(CARS2-ST) e versione alta funzione (CARS2-HF). 15 item su scala 1–4. Più rapida dell'ADOS-2, usata per il monitoraggio e per la ricerca. Nota: versione italiana in uso clinico, validazione formale su campione italiano limitata.

SRS-2 — Social Responsiveness Scale — 2a edizione. Scala compilata da genitori o insegnanti per la valutazione della reciprocità sociale nell'ASD in modo dimensionale (continuum da lieve a grave). 65 item in 5 subscale: consapevolezza sociale, cognizione sociale, comunicazione sociale, motivazione sociale, manierismi autistici. Versione italiana pubblicata da Hogrefe, con standardizzazione su campioni italiani (prescolare, età scolare, adulti); Giunti pubblica invece la SRS nella prima edizione. Particolarmente utile per il monitoraggio longitudinale degli interventi, inclusi quelli musicoterapici.

Conners-3 / SNAP-IV — Conners Rating Scales / Swanson, Nolan and Pelham Scale. Strumenti per la valutazione dell'ADHD con versioni per genitori, insegnanti e auto-report. Il Conners-3 è più completo; lo SNAP-IV è più breve e di libero accesso. Entrambi valutano i sintomi core dell'ADHD (inattenzione, iperattività, impulsività) e problemi di comportamento associati. Molto usati nei servizi di NPIA e nelle scuole.

Leiter-3 — Leiter International Performance Scale — 3a edizione. Scala di intelligenza non verbale che non richiede linguaggio verbale né da parte dell'esaminatore né da parte del bambino. Particolarmente utile per la valutazione cognitiva di bambini con ASD, DI, disturbi del linguaggio o bambini non italofoni. Fornisce un QI di visualizzazione e ragionamento non verbale.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

PEP-3 — Psychoeducational Profile — 3a edizione. Strumento di assessment sviluppato specificamente per bambini con ASD per la pianificazione educativa e terapeutica. Valuta sviluppo cognitivo verbale e non verbale, linguaggio espressivo e recettivo, motricità fine e grossolana, imitazione visuomotoria, comportamenti affettivi. Fondamentale per i centri specialistici ASD e per la costruzione del programma TEACCH.

***Indicazioni per l'équipe educativa:** Il musicoterapeuta nei disturbi del neurosviluppo si raccorda principalmente con il NPI, il logopedista, l'educatore specialistico e i genitori. L'ADOS-2 e la Vineland-3 sono i documenti diagnostici di riferimento: il primo descrive il profilo comunicativo-sociale osservato, il secondo descrive come il bambino funziona nella vita reale. Entrambi informano direttamente gli obiettivi della musicoterapia. La SDQ o la CBCL, compilate periodicamente dagli insegnanti, permettono di monitorare i cambiamenti nel comportamento quotidiano e in classe — un outcome indiretto ma molto rilevante degli interventi musicoterapici.*

2. Disturbi Specifici dell'Apprendimento

Inquadramento clinico

I disturbi specifici dell'apprendimento (**DSA**) sono disturbi del neurosviluppo caratterizzati da difficoltà persistenti e significative nell'acquisizione delle **abilità scolastiche fondamentali** — lettura (dislessia), scrittura (disgrafia, disortografia) e calcolo (discalculia) — in presenza di intelligenza nella norma, adeguata istruzione e assenza di deficit sensoriali o neurologici che possano spiegarle. L'esordio è nei primi anni di scuola primaria, quando le richieste di apprendimento rendono visibili le difficoltà.

La **dislessia** è il DSA più frequente (circa 3–5% della popolazione scolastica italiana) e il più studiato. Si manifesta come difficoltà nella decodifica delle parole scritte — lenta, laboriosa, spesso imprecisa — con conseguente impatto sulla comprensione del testo e sulla fluidità della lettura. Il meccanismo neurobiologico sottostante coinvolge principalmente deficit nella consapevolezza fonologica e nella velocità di elaborazione dei simboli visivi.

La **comorbidità** tra i DSA è frequente (un bambino su due con dislessia ha anche disortografia o disgrafia), e la comorbidità con l'ADHD è molto comune (30–50% dei casi). Questo significa che il musicoterapeuta in contesto scolastico incontra raramente profili puliti: incontra bambini con profili misti e complessi, che richiedono una lettura del quadro complessivo piuttosto che la risposta a una singola diagnosi.

Le implicazioni psicologiche dei DSA non devono essere sottovalutate. Un bambino che fatica quotidianamente con la lettura in un sistema scolastico centrato sulla lettura e sulla scrittura sviluppa frequentemente bassa autostima, ansia da prestazione, evitamento scolastico e, nei casi più gravi, sintomi depressivi. Questa dimensione emotiva è spesso quello che il musicoterapeuta intercetta per primo e su cui può intervenire in modo più diretto.

Il contributo della musicoterapia nei DSA

Il contributo della musicoterapia nei DSA si articola su **due piani** distinti ma interconnessi. Sul **piano neurobiologico**, la musica e il linguaggio condividono reti di elaborazione temporale e fonologica: il ritmo musicale e il ritmo del linguaggio sono elaborati da strutture cerebrali sovrapposte, e la pratica ritmica e musicale può rafforzare le basi neurali della consapevolezza fonologica — il deficit nucleare della dislessia. Questa connessione ha ispirato programmi di intervento musicale specificamente orientati al potenziamento della consapevolezza fonologica nei bambini con dislessia, con risultati promettenti in diversi studi.

Sul **piano psicologico**, la musicoterapia può offrire al bambino con DSA un'esperienza di competenza e di successo in un dominio diverso da quello scolastico: suonare, cantare, improvvisare sono abilità che non dipendono dalla velocità di lettura. Questa esperienza di sé come capace — spesso inedita per bambini abituati a sentirsi inadeguati — ha ricadute dirette sull'autostima, sulla motivazione e sulla disponibilità all'apprendimento.

Va detto che la musicoterapia nei DSA non è un intervento di recupero delle abilità di lettura: per quello esistono interventi specifici (metodo Bortolini, lettura interattiva, software dedicati) condotti dai logopedisti. La musicoterapia agisce a monte, sulle basi neurobiologiche e sulle risorse psicologiche che rendono possibile l'apprendimento.

Strumenti di valutazione — DSA

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

Batteria DDE-2 / MT per la scuola primaria — Batterie per la diagnosi della dislessia e dei DSA. Le batterie MT (Cornoldi e colleghi) e la DDE-2 (Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2) sono i riferimenti principali per la valutazione della lettura in Italia. Misurano velocità e correttezza della lettura di brani, parole e non-parole, e la comprensione del testo. Il

musicoterapeuta deve saper leggere i profili di velocità (sillabe al secondo) e correttezza (errori) per capire il grado di compromissione della decodifica.

WISC-V — Wechsler Intelligence Scale for Children — 5a edizione. Il profilo cognitivo WISC-V è fondamentale nella diagnosi dei DSA: documenta l'intelligenza nella norma ($QI \geq 85$) e permette di identificare punti di forza e di debolezza. Il profilo per indici è più informativo del QI globale: nei DSA è frequente una discrepanza tra comprensione verbale (spesso nella norma o superiore) e velocità di elaborazione o memoria di lavoro (spesso inferiori alla media).

SDQ / CBCL — Strengths and Difficulties Questionnaire / Child Behavior Checklist. Come nei disturbi del neurosviluppo, questi strumenti sono indispensabili per monitorare la componente emotiva e comportamentale nei bambini con DSA. Le scale di sintomi emotivi e di problemi sociali sono spesso elevate nei bambini con DSA — segnale di disagio psicologico secondario alle difficoltà scolastiche.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

CMF / Valutazione della Consapevolezza Fonologica — Batterie per la valutazione della consapevolezza fonologica. Valutano la capacità del bambino di analizzare e manipolare i suoni del linguaggio: segmentazione, fusione, identificazione di rime, soppressione di fonemi. La consapevolezza fonologica è il predittore più forte dell'acquisizione della lettura ed è il deficit nucleare nella dislessia. Rilevante per il musicoterapeuta perché il ritmo musicale e la consapevolezza fonologica condividono meccanismi neurali.

BHK — scala per la valutazione della scrittura a mano — Concise Evaluation Scale for Children's Handwriting. Valuta la qualità della scrittura manuale attraverso una prova di copia cronometrata. Fornisce un indice di qualità globale della scrittura e la velocità (caratteri al minuto). Strumento di riferimento per la diagnosi della disgrafia in Italia.

AC-MT / BDE — Batterie per la valutazione delle abilità di calcolo. L'AC-MT (Cornoldi e colleghi) e la BDE (Biancardi-Nicoletti) valutano le diverse componenti del calcolo: fatti aritmetici, procedure algoritmiche, comprensione del numero, problem solving. Rilevanti per la diagnosi della discalculia e per il monitoraggio dell'intervento.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

TROG-2 / comprensione morfosintattica — Test for Reception of Grammar — 2a edizione. Valuta la comprensione delle strutture grammaticali del linguaggio. Rilevante nei DSA con componente di comprensione del testo compromessa, che può essere legata non solo alla decodifica ma anche alla comprensione sintattica.

Questionari di autoefficacia scolastica (ASES-J) — Academic Self-Efficacy Scale for Junior students. Misura la percezione di competenza scolastica in bambini e ragazzi. Rilevante per il monitoraggio degli effetti psicologici secondari dei DSA e per la valutazione dell'impatto degli interventi musicoterapici sull'autostima scolastica.

Indicazioni per l'équipe educativa: Il musicoterapeuta nei DSA si raccorda con il

logopedista (che gestisce l'intervento specifico sulla lettura e sulla scrittura), con lo psicologo scolastico (che monitora la componente emotiva) e con gli insegnanti. Gli obiettivi della musicoterapia in questo contesto non sono di recupero delle abilità scolastiche: sono di potenziamento delle basi fonologiche e ritmiche, di sostegno all'autostima e di riduzione dell'ansia da prestazione. SDQ e PHQ-9 (o strumenti equivalenti per l'età) sono le misure di outcome più appropriate per documentare questi cambiamenti. È importante comunicare agli insegnanti la distinzione tra obiettivi musicoterapici e obiettivi didattici: il rischio di confusione dei ruoli è reale e va gestito con chiarezza.

3. Disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva

Inquadramento clinico

I disturbi del linguaggio in età evolutiva comprendono uno spettro ampio di condizioni che interessano diversi livelli del sistema linguistico: **fonologia** (disturbo dei suoni del linguaggio, DSL-F), **morfosintassi** (disturbo grammaticale), **lessico** (ritardo o disturbo lessicale), **pragmatica** (difficoltà d'uso del linguaggio in contesto). Il Disturbo del Linguaggio (DL) — la diagnosi DSM-5 che ha in parte sostituito il vecchio Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL) — si caratterizza per difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso del linguaggio attraverso le modalità espressiva e/o recettiva, che non sono spiegabili da deficit sensoriali, neurologici o cognitivi.

In età prescolare (0–6 anni), il ritardo del linguaggio è il motivo di consulenza più frequente ai servizi di NPIA e logopedia. La distinzione tra ritardo semplice (che si risolve entro i 5–6 anni) e disturbo persistente (che richiede intervento e ha implicazioni per l'apprendimento scolastico) è clinicamente rilevante ma non sempre immediata: richiede osservazione longitudinale e valutazione multidimensionale.

I disturbi della comunicazione più frequentemente incontrati dal musicoterapeuta in contesto educativo includono anche i **disturbi della fluenza** (balbuzie), i **disturbi della voce**, e i **disturbi della pragmatica** — questi ultimi spesso in comorbidità con l'ASD o come quadro isolato (**disturbo della comunicazione sociale**, DCS). La comorbidità tra disturbo del linguaggio e DSA è molto frequente: le difficoltà fonologiche in età prescolare sono il predittore più forte della dislessia in età scolare.

Il contributo della musicoterapia nei disturbi del linguaggio

Il contributo della musicoterapia ai disturbi del linguaggio in età evolutiva si fonda sulle basi neurobiologiche che il capitolo sul contesto riabilitativo sviluppa per l'adulto: la **sovrapposizione delle reti neurali** musicali e linguistiche, e la capacità della struttura musicale di fungere da scaffold per la produzione e la comprensione del linguaggio. In età evolutiva, questo principio si traduce in interventi che usano il canto, la filastrocca ritmica, il gioco vocale e l'improvvisazione sonora per facilitare lo sviluppo della produzione fonologica, del lessico, della morfosintassi e della pragmatica comunicativa.

La musica è il linguaggio naturale del bambino piccolo: il canto delle ninnananne, i giochi vocali, le filastrocche, i canti in cerchio sono esperienze universali attraverso cui il bambino impara non solo la musica ma anche le strutture fondamentali del linguaggio — la prosodia, il ritmo, la ripetizione, la turnazione comunicativa. Il musicoterapeuta che lavora con bambini con ritardo o disturbo

del linguaggio non fa qualcosa di esotico: fa qualcosa di profondamente naturale, amplificato e strutturato terapeuticamente.

Nel caso specifico della balbuzie, la musica e il canto possono offrire un contesto di produzione fluente: la grande maggioranza delle persone che balbettano nel parlato spontaneo non balbetta quando canta. Questo fenomeno — noto da secoli e documentato neuroscientificamente — è legato alla temporizzazione esterna fornita dalla struttura musicale, che riduce il carico del sistema di controllo motorio del linguaggio. Non è una cura per la balbuzie, ma può essere un contesto di esperienza di fluenza che ha valore terapeutico nel percorso complessivo.

Strumenti di valutazione — disturbi del linguaggio in età evolutiva

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

PVB / TPL — Primo Vocabolario del Bambino / Test del Primo Linguaggio.

Strumenti italiani per la valutazione del linguaggio nella prima infanzia (8–36 mesi). Il PVB è adattato italiano del MacArthur-Bates CDI: checklist compilata dai genitori che valuta vocabolario e grammatica emergente. Il TPL (Axia) valuta comprensione, produzione e gesti comunicativi. Fondamentali per la valutazione del ritardo del linguaggio in età prescolare.

PFLI — Prove per la Valutazione Fonologica del Linguaggio Infantile. Prove italiane (Bortolini) per la valutazione fonologica del linguaggio in età prescolare: inventario dei foni, struttura della sillaba e della parola, processi di semplificazione fonologica. Sono tra i riferimenti più usati in logopedia pediatrica in Italia per il disturbo dei suoni del linguaggio; per la valutazione ampia del linguaggio in età scolare il riferimento è la BVL 4–12 (Fascia 2).

DEAP — Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology. Strumento specificamente progettato per distinguere il disturbo articolatorio (deficit di singoli suoni) dal disturbo fonologico (deficit del sistema di regole fonologiche). Valuta l'inventario fonologico del bambino, i processi di semplificazione, la coerenza e la stimolabilità. Versione italiana in uso clinico. Fondamentale per la diagnosi e il monitoraggio del disturbo dei suoni del linguaggio.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

TROG-2 — Test for Reception of Grammar — 2a edizione. Valuta la comprensione delle strutture grammaticali del linguaggio attraverso un compito di indicazione di figure (il bambino sente una frase e deve indicare la figura corrispondente tra quattro opzioni). 80 item in 20 blocchi di strutture grammaticali di complessità crescente. Versione italiana disponibile.

BVL 4–12 — Batteria per la Valutazione del Linguaggio in bambini 4–12 anni.

Batteria italiana standardizzata per la valutazione del linguaggio in età scolare: comprensione lessicale e morfosintattica, produzione lessicale (denominazione, fluenza), memoria verbale, narrativa. Molto usata nei servizi di logopedia e NPIA italiani.

SSI-4 — Stuttering Severity Instrument — 4a edizione. Misura la gravità della balbuzie in tre dimensioni: frequenza delle disfluenze, durata dei blocchi, comportamenti fisici accessori (tensione, struggle behavior). Norma per bambini e adulti. Rilevante per il musicoterapeuta che lavora con bambini

balbuzienti: conoscere la gravità della balbuzie orienta gli obiettivi e il tipo di proposte musicali.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

ABILHAND-Kids — Misura della destrezza manuale in bambini con paralisi cerebrale infantile (PCI). Questionario per i genitori che valuta la capacità del bambino con PCI di eseguire attività manuali quotidiane. Rilevante in contesti che accolgono bambini con PCI e compromissione motoria degli arti superiori, dove la comunicazione aumentativa alternativa può integrarsi con la musicoterapia.

Profilo di sviluppo comunicativo (CDI-III / O CDI) — Oxford Communicative Development Inventory. Strumenti per la valutazione dello sviluppo comunicativo nei primi anni di vita, con attenzione ai gesti comunicativi, alle prime parole e alle prime combinazioni. Utili per il monitoraggio precoce nei bambini a rischio di ritardo del linguaggio.

***Indicazioni per l'équipe educativa:** Il musicoterapeuta nei disturbi del linguaggio si raccorda con il logopedista come figura di riferimento principale. È fondamentale concordare gli obiettivi per evitare sovrapposizioni o contraddizioni: il logopedista lavora sulla struttura del linguaggio (fonologia, grammatica, lessico); il musicoterapeuta lavora sul contesto comunicativo, sulla motivazione all'interazione e sulle basi ritmico-prosodiche che supportano il linguaggio. Queste aree sono complementari, non competitive. I progressi osservati in musicoterapia (nuove produzioni vocali, aumentata iniziativa comunicativa, riduzione dell'evitamento verbale) vanno comunicati al logopedista con linguaggio descrittivo preciso. In presenza di sistemi CAA, il musicoterapeuta deve integrarsi nel sistema di comunicazione del bambino, non proporre un canale parallelo.*

4. Disagio scolastico, benessere emotivo e inclusione

Inquadramento clinico

Il disagio scolastico è un termine ombrello che descrive situazioni di sofferenza, difficoltà e maladattamento nel contesto scolastico che non raggiungono necessariamente la soglia diagnostica di un disturbo clinico. Include: difficoltà di regolazione emotiva e comportamentale (che si manifestano con esplosività, pianto, ritiro, rifiuto scolastico), difficoltà relazionali con i pari (isolamento, bullismo, esclusione sociale), difficoltà di adattamento ai cambiamenti (transizioni scolastiche, cambi di classe o insegnante), ansia scolastica e da prestazione, e difficoltà di concentrazione e motivazione non attribuibili a un disturbo specifico.

Una categoria particolarmente rilevante è quella dei bambini con Bisogni Educativi Speciali (**BES**) che non hanno una diagnosi clinica formalizzata ma mostrano difficoltà scolastiche significative legate a fattori sociali, culturali, linguistici o situazionali. Questi bambini — spesso figli di famiglie in difficoltà economica, bambini migranti, bambini con storia di traumi o di instabilità familiare — non hanno un PEI ma possono beneficiare di un Piano Didattico Personalizzato (PDP) e di interventi di supporto.

Il **benessere emotivo** a scuola è oggi riconosciuto come un obiettivo educativo a pieno titolo, non solo come condizione per l'apprendimento. Un bambino che sta bene emotivamente apprende meglio, si relaziona meglio, partecipa meglio. La **promozione** del benessere emotivo e delle competenze socio-emotive (Social-Emotional Learning, SEL) è diventata una priorità nelle politiche educative di molti paesi, e la musicoterapia può contribuire a questa agenda con interventi di gruppo orientati alle abilità di riconoscimento e regolazione delle emozioni, alla cooperazione e alla costruzione del senso di comunità.

Il contributo della musicoterapia nel disagio scolastico e nell'inclusione

La musicoterapia in questo contesto non lavora su una patologia: lavora su risorse, competenze e contesti. Questo la avvicina alla prospettiva della **Community Music Therapy** e della promozione della salute piuttosto che alla clinica in senso stretto. L'obiettivo non è trattare un disturbo ma costruire un ambiente più accogliente, più espressivo, più inclusivo — in cui ogni bambino, qualunque sia il suo profilo, trovi un posto.

Il gruppo musicale inclusivo è uno dei formati più efficaci: musica suonata insieme, improvvisazione condivisa, canto corale non gerarchico — pratiche in cui la qualità tecnica non è il criterio di partecipazione, e in cui la diversità dei contributi è una risorsa piuttosto che un problema. Questo formato ha effetti documentati sulla coesione del gruppo, sulla riduzione dell'isolamento, sul miglioramento del clima di classe e sulla percezione di competenza dei bambini con difficoltà.

Sul versante del benessere emotivo individuale, la musicoterapia può supportare i bambini con difficoltà di regolazione emotiva attraverso l'esperienza di un contesto strutturato, prevedibile e non giudicante in cui le emozioni possono essere espresse attraverso il suono. Questo è particolarmente rilevante per i bambini che hanno difficoltà a verbalizzare gli stati interni o che hanno sviluppato difese rigide nei confronti dell'espressione emotiva.

Strumenti di valutazione — disagio scolastico e benessere emotivo

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

SDQ — Strengths and Difficulties Questionnaire. Come nelle altre aree, lo SDQ è lo strumento di screening più usato per il profilo emotivo e comportamentale in età scolastica. In questo contesto è particolarmente utile la scala del comportamento prosociale (che misura i punti di forza, non solo le difficoltà) e la scala dei problemi con i pari (che misura l'integrazione sociale). Versioni per genitori e insegnanti permettono di confrontare la percezione del bambino in contesti diversi.

SWEMWBS / WHO-5 (adattati per l'età) — Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale / WHO-5. Misure di benessere mentale positivo già incontrate nel capitolo sul contesto preventivo. In contesto scolastico, versioni adattate per bambini della scuola primaria (dai 7-8 anni) possono essere usate per il monitoraggio del benessere in programmi di promozione della salute. Il musicoterapeuta deve conoscerle come misure di outcome per interventi di gruppo.

RCMAS-2 / SCARED — Revised Children's Manifest Anxiety Scale / Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. Misure dell'ansia in età evolutiva. Il

RCMAS-2 valuta l'ansia manifesta nei bambini 6–19 anni in tre fattori: ansia fisiologica, preoccupazione/ipersensibilità, paure/concentrazione. La SCARED valuta 5 tipi di disturbi d'ansia. Entrambe hanno versioni per bambini e per genitori. Rilevanti per la valutazione dell'ansia scolastica e da prestazione.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

CDI-2 — Children's Depression Inventory — 2a edizione. Misura della sintomatologia depressiva in bambini e adolescenti (7–17 anni). Versioni per bambini, genitori e insegnanti. Valuta problemi emotivi e problemi funzionali, articolati in quattro sottoscale: umore negativo e sintomi fisici, autostima negativa, problemi interpersonali, inefficacia. Rilevante nei bambini con disagio scolastico persistente in cui si sospetti una componente depressiva.

Scale di autoefficacia scolastica (ASES-J / SES-C) — Academic Self-Efficacy Scales. Misurano la percezione del bambino della propria competenza scolastica. Bassa autoefficacia scolastica è sia causa che conseguenza del disagio scolastico, e può essere un target degli interventi musicoterapici orientati all'esperienza di successo. Versioni italiane disponibili.

Sociometria / Scale di accettazione tra pari — Tecniche sociometriche per la valutazione delle relazioni nel gruppo classe. Le tecniche sociometriche (nomination dei pari, scale di accettazione, indici di popolarità e di rifiuto) permettono di valutare la posizione del bambino nel gruppo classe. Rilevanti per monitorare i cambiamenti nelle relazioni sociali dopo interventi musicoterapici di gruppo. Richiedono formazione specifica e devono essere usate con attenzione etica.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

TMA — Multidimensional Test of Self-Concept. Misura il concetto di sé in 6 dimensioni: abilità scolastica, non-scolastica, corporea, relazioni con i pari, relazioni familiari, autostima generale. Utile per valutare i cambiamenti nel concetto di sé dopo interventi che lavorano sull'identità e sulla percezione di competenza.

School Refusal Assessment Scale — Revised (SRAS-R) — Scala per la valutazione del rifiuto scolastico. Valuta le funzioni che mantengono il comportamento di rifiuto scolastico: evitamento di stimoli negativi, fuga dall'attenzione sociale, ricerca di attenzione da figure di attaccamento, rinforzi tangibili fuori dalla scuola. Rilevante nei casi di rifiuto scolastico persistente, in cui la musicoterapia può contribuire alla riduzione dell'ansia associata all'ambiente scolastico.

Indicazioni per l'équipe educativa: Il musicoterapeuta nel contesto del disagio scolastico e del benessere emotivo si raccorda con il team dei docenti, lo psicologo scolastico (quando presente) e, nei casi più complessi, con il NPI e i servizi territoriali. In questo contesto il musicoterapeuta opera spesso in formato gruppale e la sua documentazione deve includere misure di gruppo (clima di classe, coesione, partecipazione) oltre che misure individuali. SDQ (versione insegnanti) raccolto prima e dopo un ciclo di intervento

è la misura di outcome più semplice e più accettata dagli insegnanti. La comunicazione con i docenti è cruciale: il musicoterapeuta deve spiegare con chiarezza cosa osserva, cosa si prefigge e come i progressi musicoterapici si traducono in risorse per l'apprendimento e la partecipazione scolastica.

Sintesi: il set minimo per l'équipe educativa

La tabella seguente organizza il set minimo di strumenti che il musicoterapeuta in contesto educativo deve saper leggere, per area e con indicazione della fascia e del professionista di riferimento.

Area	Strumenti chiave	Fascia	Professionista di rif.
Neurosviluppo (ASD/ADHD/DI)	ADOS-2 *	1	NPI, psicologo
Neurosviluppo (ASD/ADHD/DI)	CBCL / SDQ	1	NPI, psicologo, docenti
Neurosviluppo (ASD/ADHD/DI)	Vineland-3	1	NPI, psicologo
Neurosviluppo (ASD/ADHD/DI)	CARS-2 *	2	NPI
Neurosviluppo (ASD/ADHD/DI)	SRS-2	2	NPI, psicologo
Neurosviluppo (ASD/ADHD/DI)	Conners-3 / SNAP-IV	2	NPI, psicologo
DSA	Batteria MT / DDE-2	1	Logopedista, psicologo
DSA	WISC-V	1	Psicologo, NPI
DSA	SDQ / CBCL	1	Psicologo, docenti
DSA	CMF / Consapevolezza fonologica	2	Logopedista
Linguaggio	PVB / TPL (0-3 anni)	1	Logopedista, NPI
Linguaggio	DEAP	1	Logopedista
Linguaggio	PFLI	1	Logopedista, NPI
Linguaggio	BVL 4-12	2	Logopedista
Linguaggio	TROG-2	2	Logopedista
Disagio / benessere	SDQ	1	Psicologo, docenti
Disagio / benessere	RCMAS-2 / SCARED	1	Psicologo, NPI
Disagio / benessere	SWEMWBS (adattato)	1	Psicologo, équipe
Disagio / benessere	CDI-2	2	Psicologo, NPI

Glossario degli strumenti — ordine alfabetico

Le voci sono ordinate alfabeticamente per sigla. Per ogni strumento: nome completo, area di riferimento, descrizione del costrutto misurato, modalità di somministrazione, figure professionali che lo utilizzano, nota specifica per il musicoterapeuta.

AC-MT — Batteria AC-MT per la valutazione delle abilità di calcolo	DSA — discalculia
Descrizione	Batteria italiana (Cornoldi e colleghi) per la valutazione delle abilità di calcolo dalla scuola primaria alla secondaria. Include

prove di calcolo a mente, calcolo scritto, comprensione del numero, problem solving numerico. Versioni per diversi anni scolastici.

Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di logopedista o psicologo, circa 30–45 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti, psicologi.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta incontra l'AC-MT nei referti di bambini con discalculia. I numeri non hanno una connessione diretta con la musicoterapia, ma la struttura ritmica (contare, suddividere, organizzare nel tempo) ha basi neurali condivise con l'elaborazione numerica.</i>

ADI-R — Autism Diagnostic Interview — Revised	Neurosviluppo — ASD
Descrizione	Intervista semistrutturata ai genitori/caregiver che valuta la storia dello sviluppo del bambino nelle tre aree core dell'ASD: linguaggio e comunicazione, interazione sociale reciproca, comportamenti ripetitivi e ristretti. Nota sulla localizzazione: come l'ADOS-2, ha un'edizione italiana pubblicata (Giunti Psychometrics) ma non una taratura su campione normativo italiano; è in uso clinico diffuso nei servizi di NPIA con training certificato.
Somministrazione	Intervista ai genitori da parte di professionista con training certificato, circa 2–3 ore.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi con training ADI-R certificato.
Nota per il MT	<i>Fornisce informazioni sulla storia dello sviluppo del bambino che non emergono dall'osservazione diretta. La sezione sul linguaggio (acquisizione, perdita, caratteristiche) è particolarmente rilevante per comprendere il profilo comunicativo del bambino in musicoterapia.</i>

ADOS-2 — Autism Diagnostic Observation Schedule — 2a edizione	Neurosviluppo — ASD
Descrizione	Strumento osservativo semi-strutturato in 5 moduli per la valutazione dell'ASD. Ogni modulo comprende attività standardizzate che creano contesti per osservare comunicazione, interazione sociale reciproca, gioco simbolico e comportamenti ripetitivi. I punteggi vengono convertiti in punteggi comparativi per gravità. Nota sulla localizzazione: l'edizione italiana esiste (Hogrefe, Firenze 2013) ma non dispone di una taratura su campione normativo italiano. È in uso diffuso nei servizi di NPIA con training certificato internazionale.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di professionista con training certificato, circa 40–60 minuti a seconda del modulo.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi con training ADOS-2 certificato.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta deve saper leggere il profilo ADOS-2 nei documenti diagnostici: il punteggio comparativo di gravità e il profilo per i due domini (comunicazione sociale; comportamenti ripetitivi) descrivono il bambino che ha in cura. Un profilo con</i>

iniziativa comunicativa molto ridotta orienta verso proposte di bassa soglia e alta struttura.

BHK — Concise Evaluation Scale for Children's Handwriting	DSA — disgrafia
Descrizione	Valuta la qualità della scrittura manuale attraverso una prova di copia cronometrata di un testo standard. Fornisce un indice di qualità globale (basato su 13 criteri: dimensione, spazio tra lettere, allineamento, ecc.) e la velocità di scrittura in caratteri al minuto. Norma italiana dalla classe 2 ^a alla 5 ^a elementare.
Somministrazione	Prova individuale cronometrata (5 minuti), somministrabile da logopedista, neuropsicologo o insegnante formato.
Chi lo usa	Logopedisti, neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta che lavora con bambini con disgrafia: conoscere le difficoltà motorie fini del bambino orienta la scelta degli strumenti musicali e del tipo di coinvolgimento corporeo nelle sedute.</i>
BVL 4-12 — Batteria per la Valutazione del Linguaggio in bambini 4-12 anni	Linguaggio — valutazione del linguaggio in età scolare
Descrizione	Batteria italiana standardizzata che valuta comprensione lessicale (BVCS), produzione lessicale (denominazione, fluency semantica e fonologica), comprensione morfosintattica, ripetizione di frasi, narrazione. Norma per bambini 4-12 anni in anni di scolarità.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di logopedista, circa 45-60 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Molto presente nei referti logopedici dei bambini seguiti in età scolare. Il profilo per sottoscale (comprensione vs. produzione; lessico vs. morfosintassi) è informativo per il musicoterapeuta: un bambino con buona comprensione e produzione ridotta orienta verso proposte che valorizzino la risposta non verbale prima di richiedere produzione.</i>
CARS-2 — Childhood Autism Rating Scale — 2a edizione	Neurosviluppo — ASD
Descrizione	Scala di rating osservativo in 15 item per la valutazione della gravità dell'autismo. Versione standard (CARS2-ST, per bambini con QI < 80 o linguaggio limitato) e versione alta funzione (CARS2-HF, per bambini con QI ≥ 80 e linguaggio fluente). Punteggio totale 15-60: <30 non autistico; 30-36.5 autismo lieve-moderato; ≥37 autismo grave. Nota sulla localizzazione: versione italiana in uso clinico, validazione formale su campione italiano limitata.
Somministrazione	Osservazione diretta + revisione delle informazioni disponibili, da parte di professionista esperto. Circa 20-30 minuti.

Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori specializzati.
Nota per il MT	<i>Più rapida dell'ADOS-2, spesso usata per il monitoraggio nel tempo e per la ricerca. Il musicoterapeuta può usarla come indicatore di gravità: un CARS2 elevato indica un profilo che richiede struttura molto alta e proposte sensorialmente calibrate.</i>
CBCL — Child Behavior Checklist	Neurosviluppo / DSA / disagio — profilo comportamentale ed emotivo
Descrizione	Questionario compilato dai genitori (versione 1½–5 per la prima infanzia; versione 6–18 per l'età scolare) che produce profili per 8 sindromi (ansioso/depresso, ritirato/depresso, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione, comportamento aggressivo, comportamento trasgressivo delle regole) e per le scale orientative DSM. La TRF è la versione per gli insegnanti; la YSR è la versione self-report dagli 11 anni.
Somministrazione	Autocompilazione da parte dei genitori o insegnanti, circa 15–20 minuti. L'interpretazione richiede formazione specifica ASEBA.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi, operatori certificati ASEBA.
Nota per il MT	<i>Strumento di riferimento per il profilo emotivo-comportamentale in età evolutiva. Il musicoterapeuta non somministra la CBCL, ma deve saper leggere i profili nei referti. La sindrome 'ritirato/depresso' e 'problemi sociali' sono particolarmente rilevanti per valutare i cambiamenti prodotti dalla musicoterapia di gruppo.</i>
CDI-2 — Children's Depression Inventory — 2a edizione	Disagio scolastico — depressione in età evolutiva
Descrizione	Misura la sintomatologia depressiva in bambini e adolescenti 7–17 anni. 28 item organizzati in due scale — Problemi emotivi e Problemi funzionali — e quattro sottoscale: umore negativo e sintomi fisici, autostima negativa, problemi interpersonali, inefficacia. Versioni per bambini (CDI-2:SR), genitori (CDI-2:P) e insegnanti (CDI-2:T). Punteggi T: 65–69 elevato; ≥70 molto elevato.
Somministrazione	Autocompilazione (bambini), circa 10–15 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili.
Nota per il MT	<i>Rilevante nei bambini con disagio scolastico persistente in cui si sospetti una componente depressiva. La sottoscala dell'umore negativo — che comprende la perdita di interesse e di piacere — è particolarmente importante per il musicoterapeuta: un bambino con punteggi alti può non rispondere inizialmente alle proposte musicali, e questo va anticipato nella progettazione.</i>
CMF / Prove di Consapevolezza Fonologica — Prove per la Valutazione della Consapevolezza Metafonologica	DSA / Linguaggio — consapevolezza fonologica

Descrizione	Batterie per la valutazione della consapevolezza fonologica in età prescolare e scolare: prove di rima, segmentazione sillabica e fonemica, fusione, identificazione del suono iniziale e finale, soppressione di fonemi. La consapevolezza fonologica è il predittore più forte dell'acquisizione della lettura e il deficit nucleare della dislessia.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di logopedista, circa 20–30 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Strumento direttamente rilevante per il musicoterapeuta: ritmo musicale e consapevolezza fonologica condividono substrati neurali. Interventi musicali che lavorano sulla segmentazione ritmica, sulle rime e sulla struttura temporale del linguaggio possono rafforzare le basi fonologiche. Conoscere il profilo CMF del bambino permette di calibrare le proposte.</i>

Conners-3 — Conners 3rd Edition (terza edizione delle scale Conners)	Neurosviluppo — ADHD
Descrizione	Strumento multiformato per la valutazione dell'ADHD e dei problemi comportamentali associati. Versioni per genitori (Conners-3-P), insegnanti (Conners-3-T) e auto-report dagli 8 anni (Conners-3-SR). Valuta inattenzione, iperattività/impulsività, problemi di apprendimento, comportamento aggressivo, relazioni con i pari. Punteggi T; soglia clinica T ≥ 65.
Somministrazione	Autocompilazione da parte di genitori o insegnanti, circa 15–20 minuti.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi.
Nota per il MT	<i>Il profilo Conners-3 informa il musicoterapeuta sul tipo di difficoltà attentiva predominante (prevalentemente inattenta vs. iperattiva-impulsiva) e sui problemi comportamentali associati. Un profilo con alta impulsività orienta verso strutture musicali molto prevedibili con regole semplici e chiare.</i>

DDE-2 / Batteria MT — Diagnosi dei Disturbi Evolutivi della Lettura / Batterie MT	DSA — dislessia
Descrizione	La DDE-2 (Sartori, Job, Tressoldi) valuta lettura di parole e non-parole (velocità e correttezza). Le batterie MT (Cornoldi e colleghi) valutano lettura di brano (velocità in sillabe/secondo e correttezza) e comprensione del testo, con norme per ogni classe scolastica. Soglie di difficoltà significativa: velocità o correttezza al di sotto del 5° percentile per la classe.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di logopedista o psicologo, circa 30–45 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti, psicologi.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta deve conoscere i parametri di base: velocità di lettura (sillabe/secondo) e livello di accuratezza. Un</i>

bambino con velocità molto lenta ma buona correttezza ha un profilo diverso da uno con velocità nella norma e alta percentuale di errori — con implicazioni diverse per il lavoro sulle basi fonologiche in musicoterapia.

DEAP — Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology	Linguaggio — articolazione e fonologia
Descrizione	Strumento specificamente progettato per distinguere il disturbo articolatorio (deficit di singoli suoni) dal disturbo fonologico (deficit del sistema di regole fonologiche). Valuta l'inventario fonologico del bambino, i processi di semplificazione fonologica, la coerenza e la stimolabilità. Fornisce profili degli errori articolatori e permette di pianificare l'intervento logopedico in modo mirato. Versione italiana in uso clinico.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di logopedista, circa 20–30 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Fondamentale per il musicoterapeuta che lavora su vocalizzazioni e canto con bambini con disturbo dei suoni del linguaggio. Conoscere quali suoni sono assenti o distorti nel bambino permette di proporre vocalizzazioni che non richiedano produzioni ancora inaccessibili, calibrando le proposte sulle reali possibilità fonologiche del bambino.</i>
Leiter-3 — Leiter International Performance Scale — 3a edizione	Neurosviluppo — valutazione cognitiva non verbale
Descrizione	Scala di intelligenza completamente non verbale: né le istruzioni né le risposte richiedono linguaggio. Valuta intelligenza fluida (visualizzazione, ragionamento) e memoria e attenzione (memoria di breve termine, memoria di lavoro, attenzione, velocità di elaborazione). Età 3–75 anni. Norma italiana disponibile.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di psicologo, circa 25–40 minuti (batteria breve).
Chi lo usa	Psicologi, neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Strumento prezioso per la valutazione cognitiva di bambini con ASD, disturbo del linguaggio o bambini non italofoni in cui i test verbali sottostimerebbero il funzionamento intellettuale reale. Il musicoterapeuta trova la Leiter-3 nei referti di bambini con profili comunicativi molto compromessi.</i>
PEP-3 — Psychoeducational Profile — 3a edizione	Neurosviluppo — ASD, pianificazione educativa
Descrizione	Strumento di assessment per bambini con ASD e altri disturbi del neurosviluppo, sviluppato per la pianificazione educativa e terapeutica. Valuta sviluppo cognitivo verbale e non verbale,

linguaggio espressivo e recettivo, motricità fine e grossolana, imitazione visuomotoria, affettività atipica, reciprocità sociale. Età 6 mesi – 7 anni (o bambini più grandi con funzionamento equivalente).

Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di professionista formato, circa 45–90 minuti.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori specializzati.
Nota per il MT	<i>Fondamentale nei centri specialistici ASD. Il profilo PEP-3 indica con precisione le aree di forza e di fragilità del bambino, permettendo la costruzione di un programma personalizzato — incluso quello musicoterapico — a partire dalle risorse effettive.</i>

PFLI — Prove per la Valutazione Fonologica del Linguaggio Infantile	Linguaggio — fonologia in età prescolare
Descrizione	Prove italiane, di Umberta Bortolini, per l'analisi del sistema fonologico del bambino. Raccolgono un campione di linguaggio con la denominazione di figure e ne ricavano l'inventario dei foni prodotti, la struttura della sillaba e della parola e i processi di semplificazione fonologica ancora attivi. Pensate per l'età prescolare, indicativamente dai 2 ai 5 anni, si usano anche più tardi quando resta un disturbo dei suoni del linguaggio.
Somministrazione	Somministrazione individuale con materiale figurato, circa 20–30 minuti; la trascrizione fonetica e l'analisi richiedono tempo a parte.
Chi lo usa	Logopedisti, neuropsichiatri infantili.
Nota per il MT	<i>È la scheda che parla più da vicino al lavoro musicale con i bambini piccoli, perché i processi di semplificazione fonologica — la sillaba che cade, il gruppo consonantico che si riduce, la consonante che si assimila alla vicina — sono fenomeni di struttura sonora prima che di lingua. Filastrocche, canti sillabici e ostinati vocali lavorano esattamente lì: rallentano la parola, la scandiscono e la rendono prevedibile. Il musicoterapeuta non fa la terapia del linguaggio, ma sapere quali processi il logopedista sta trattando gli permette di scegliere i testi da cantare invece di sceglierli a caso.</i>

PVB / TPL — Primo Vocabolario del Bambino / Test del Primo Linguaggio	Linguaggio — prima infanzia (8–36 mesi)
Descrizione	Il PVB è l'adattamento italiano del MacArthur-Bates CDI. Checklist compilata dai genitori che valuta il vocabolario recettivo ed espressivo e la grammatica emergente in bambini 8–36 mesi. Il TPL (Axia) valuta comprensione, produzione e gesti comunicativi. Sono tra gli strumenti di primo livello più usati per la valutazione del ritardo del linguaggio in età prescolare.
Somministrazione	Compilazione da parte dei genitori, circa 20–40 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti, neuropsichiatri infantili, pediatri.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora in nido o in servizi per la prima infanzia deve conoscere questi strumenti: il vocabolario</i>

produttivo e i gesti comunicativi sono i parametri che il logopedista usa per valutare lo sviluppo linguistico nei bambini piccoli. Un bambino con vocabolario produttivo molto ridotto a 24 mesi è un bambino che richiede attenzione — e la musicoterapia può contribuire alla stimolazione comunicativa in questo momento critico.

RCMAS-2 — Revised Children's Manifest Anxiety Scale — 2a edizione	Disagio scolastico — ansia in età evolutiva
Descrizione	Misura dell'ansia manifesta in bambini 6–19 anni. 49 item in tre scale: ansia fisiologica (sintomi somatici dell'ansia), preoccupazione/ipersensibilità, paure/concentrazione. Include una scala di desiderabilità sociale. Self-report con versione per bambini più piccoli somministrata oralmente.
Somministrazione	Autocompilazione (bambini ≥8 anni) o somministrazione assistita, circa 10–15 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta in contesti di disagio scolastico con componente ansiosa. La scala di ansia fisiologica (tachicardia, respiro affannoso, tensione muscolare) è particolarmente utile per calibrare le proposte: un bambino con alta ansia fisiologica può beneficiare di musica con caratteristiche di regolazione dell'arousal (ritmo regolare, dinamica contenuta, struttura prevedibile).</i>
SCARED — Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders	Disagio scolastico — disturbi d'ansia in età evolutiva
Descrizione	Questionario di screening per i disturbi d'ansia in bambini e ragazzi dagli 8 ai 18 anni. 41 item in cinque scale che ricalcano le categorie diagnostiche: panico e sintomi somatici, ansia generalizzata, ansia da separazione, fobia sociale, rifiuto della scuola. Esiste nella versione per il bambino e in quella per il genitore, con gli stessi item, e ne circola anche una forma breve a 5 item per lo screening rapido. Studiata anche su campione clinico italiano.
Somministrazione	Autocompilazione del bambino e del genitore, separatamente, circa 10 minuti ciascuna.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili.
Nota per il MT	<i>Le due versioni, quella del bambino e quella del genitore, spesso non coincidono: è un dato clinico, non un errore, e conviene sempre chiedere quale delle due si sta guardando. Per il musicoterapeuta la scala più parlante è la fobia sociale, perché il laboratorio musicale di gruppo la tocca da vicino: suonare o cantare davanti agli altri è un'esposizione, e va graduata. Un bambino con punteggi alti su quella scala può cominciare dentro il suono di tutti — un ostinato collettivo, un tutti ritmico — molto prima che gli si chieda un assolo.</i>

SDQ — Strengths and Difficulties Questionnaire	Trasversale — profilo emotivo-comportamentale
Descrizione	25 item in 5 scale: sintomi emotivi, problemi di condotta, iperattività/disattenzione, problemi con i pari, comportamento prosociale. Versioni per genitori (3–16 anni), insegnanti (4–16 anni) e auto-report (11–17 anni). Punteggio totale difficoltà (20 item, escl. prosociale): 0–13 normale; 14–16 borderline; 17–40 anormale. Di libero accesso.
Somministrazione	Autocompilazione da parte di genitori o insegnanti, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri, insegnanti formati.
Nota per il MT	<i>Lo strumento di screening più versatile e accessibile in età evolutiva. Il musicoterapeuta lo incontra in quasi tutti i contesti educativi. La scala prosociale è particolarmente rilevante: misura i punti di forza, non solo le difficoltà. Un programma di musicoterapia orientato all'inclusione dovrebbe monitorare questa scala come misura di outcome.</i>

SNAP-IV — Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale — versione IV	Neurosviluppo — ADHD
Descrizione	Scala breve (26–30 item a seconda della versione) per la valutazione dei sintomi ADHD e del disturbo oppositivo provocatorio. Basata direttamente sui criteri diagnostici DSM. Versioni per genitori e insegnanti. Di libero accesso, molto usata nei servizi di NPIA e nelle scuole come screening e monitoraggio. Media item ≥ 2 è considerata clinicamente significativa.
Somministrazione	Autocompilazione da parte di genitori o insegnanti, circa 5–10 minuti.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi, pediatri, insegnanti.
Nota per il MT	<i>Strumento molto usato per il monitoraggio dei sintomi ADHD nel tempo, anche come misura di outcome degli interventi. Il musicoterapeuta può raccogliere la SNAP-IV dagli insegnanti come misura indiretta dei cambiamenti nel comportamento in classe dopo cicli di lavoro musicoterapico.</i>

SRS-2 — Social Responsiveness Scale — 2a edizione	Neurosviluppo — ASD, reciprocità sociale
Descrizione	Scala compilata da genitori o insegnanti (65 item) per la valutazione della reciprocità sociale in modo dimensionale. Cinque subscale: consapevolezza sociale, cognizione sociale, comunicazione sociale, motivazione sociale, manierismi autistici. A differenza dell'ADOS-2 (strumento diagnostico), la SRS-2 misura la gravità dei sintomi autistici su un continuum e si presta al monitoraggio longitudinale. Versione italiana pubblicata da Hogrefe, con standardizzazione su campioni italiani (prescolare, età scolare, adulti); Giunti pubblica invece la SRS nella prima edizione.
Somministrazione	Autocompilazione da parte di genitori o insegnanti, circa 15–20

	minuti. Versioni per prescolare (2½–4½ anni), età scolare (4–18 anni), adulti.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Particolarmente utile per il musicoterapeuta perché permette di monitorare i cambiamenti nella reciprocità sociale nel tempo — esattamente il target principale degli interventi musicoterapici nell'ASD. La subscale motivazione sociale è la più sensibile ai cambiamenti prodotti da interventi relazionali.</i>

SSI-4 — Stuttering Severity Instrument — 4a edizione	Linguaggio — balbuzie
Descrizione	Misura la gravità della balbuzie in tre componenti: frequenza delle disfluenze (percentuale di sillabe balbutite), durata (durata media dei 3 blocchi più lunghi), comportamenti fisici accessori (distraenti per chi ascolta, evitamento degli occhi, movimenti della testa/corpo). Punteggio totale da 4 a 56 (frequenza 2–18, durata 2–18, concomitanti fisici 0–20). La gravità — da molto lieve a molto severa — non si ricava dal punteggio grezzo ma da tabelle di conversione in percentili, distinte per fascia d'età. Norme per bambini in età prescolare e scolare e per adulti.
Somministrazione	Registrazione di campione di parlato spontaneo e di lettura, analisi da parte del logopedista. Circa 20–30 minuti di campionamento.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora con bambini balbuzienti deve conoscere la gravità della balbuzie e il tipo di comportamenti accessori. Un bambino con alta frequenza di blocchi e molti comportamenti di evitamento ha bisogno di un setting molto sicuro e di proposte vocali che valorizzino la fluidità del canto prima di avvicinarsi al parlato.</i>

SWEMWBS — Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale	Disagio scolastico / benessere — benessere mentale positivo
Descrizione	7 item che misurano il benessere mentale positivo nelle ultime due settimane: pensieri ottimistici, capacità di affrontare i problemi, pensiero chiaro, senso di vicinanza agli altri, senso di rilassamento, capacità di prendere decisioni, interesse per le cose. Scala Likert 1–5. Versioni adattate disponibili per bambini della scuola primaria.
Somministrazione	Autocompilazione (dai 7–8 anni con supporto), circa 2–5 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, operatori della promozione della salute, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Ideale come misura di outcome per programmi di musicoterapia orientati al benessere emotivo e all'inclusione in contesto scolastico. La sua brevità la rende applicabile in pre-post cicli di intervento senza appesantire il protocollo.</i>

TROG-2 — Test for Reception of Grammar — 2a edizione	Linguaggio — comprensione morfosintattica
Descrizione	Valuta la comprensione delle strutture grammaticali con un compito di scelta fra quattro figure: il bambino ascolta una frase e indica l'immagine che le corrisponde. 80 item raggruppati in 20 blocchi di quattro, ciascuno dedicato a un contrasto grammaticale — suffissi, parole funzione, ordine delle parole — di difficoltà crescente; il blocco si considera superato solo se tutti e quattro i suoi item sono corretti. Dai 4 anni in su. Edizione italiana Giunti, Firenze 2009.
Somministrazione	Somministrazione individuale, circa 15–20 minuti. Non richiede né lettura né produzione verbale.
Chi lo usa	Logopedisti, neuropsicologi, neuropsichiatri infantili.
Nota per il MT	<i>È il test che separa la comprensione dalla produzione, e per questo dice al musicoterapeuta una cosa che gli serve ogni giorno: un bambino che non esegue una consegna in seduta può non aver capito la frase, non essere oppositivo né distratto. Se il profilo TROG-2 è basso, le consegne verbali si accorciano, si danno una alla volta e si appoggiano al gesto o al modello sonoro — che è ciò che la musica sa fare meglio delle parole.</i>
Vineland-3 — Vineland Adaptive Behavior Scales — 3a edizione	Neurosviluppo — comportamento adattivo
Descrizione	Misura il comportamento adattivo in quattro domini: comunicazione (ricezione, espressione, scrittura), vita quotidiana (personale, domestica, comunitaria), socializzazione (relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali), abilità motorie (fini e grossolane). Versioni intervista ai genitori/caregiver (Vineland-3 PV) e per insegnanti (Vineland-3 TV). Age equivalent, standard scores e percentili per ciascun dominio.
Somministrazione	Intervista ai genitori o agli insegnanti da parte di psicologo, circa 20–40 minuti.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, psicologi.
Nota per il MT	<i>Fondamentale per il musicoterapeuta nei disturbi del neurosviluppo: descrive come il bambino funziona nella vita reale, non solo nei test. Il dominio socializzazione — e in particolare la sottoscala gioco e tempo libero — è direttamente rilevante per valutare i cambiamenti prodotti dalla musicoterapia. Il dominio comunicazione descrive il livello di comunicazione espressiva e recettiva nella quotidianità.</i>
WISC-V — Wechsler Intelligence Scale for Children — 5a edizione	DSA / Neurosviluppo — profilo cognitivo
Descrizione	Batteria di valutazione dell'intelligenza per bambini 6–16 anni 11 mesi. QI totale e 5 indici primari: comprensione verbale (CV), visuo-spaziale (VS), ragionamento fluido (RF), memoria di lavoro (ML), velocità di elaborazione (VE). Norma italiana 2023 (Pezzuti,

Traficante e Lang, Giunti Psychometrics). La WPPSI-IV copre la fascia 2 anni 6 mesi – 7 anni 7 mesi.

Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di psicologo abilitato, circa 65–80 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Il profilo per indici è molto informativo per il musicoterapeuta. Nei DSA è frequente: CV nella norma o superiore, VE e ML inferiori. Nei disturbi del neurosviluppo i profili sono più variabili. Un bambino con ML molto bassa ha difficoltà a mantenere pattern ritmici complessi in memoria: le proposte devono essere molto semplificate e ripetitive.</i>

Bibliografia essenziale

La bibliografia è selettiva e orientata alla didattica. Privilegia meta-analisi sull'efficacia della musicoterapia in ambito educativo, ricerche sulle connessioni neurobiologiche tra musica, linguaggio e apprendimento, e riferimenti italiani per gli strumenti citati.

Disturbi del neurosviluppo — ASD

Bieleninik, Ł., Geretsegger, M., Mössler, K., Assmus, J., Thompson, G., Gattino, G., Elefant, C., Gottfried, T., Igliozi, R., Muratori, F., Suvini, F., Kim, J., Crawford, M. J., Odell-Miller, H., Oldfield, A., Casey, Ó., Finnemann, J., Carpenter, J., Park, A.-L., ... Gold, C. (2017). Effects of improvisational music therapy vs enhanced standard care on symptom severity among children with autism spectrum disorder. *JAMA*, 318(6), 525–535. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.9478>

Bölte, S., Poustka, F., & Constantino, J. N. (2008). Assessing autistic traits: Cross-cultural validation of the Social Responsiveness Scale (SRS). *Autism Research*, 1(6), 354–363. <https://doi.org/10.1002/aur.49> [Versione italiana: Giunti OS]

Geretsegger, M., Fusar-Poli, L., Elefant, C., Mössler, K. A., Vitale, G., & Gold, C. (2022). Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(5), CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule — 2nd Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.

Disturbi del neurosviluppo — ADHD

Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition (Conners 3)*. Multi-Health Systems.

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>

Disturbi specifici dell'apprendimento

Cornoldi, C., & Carretti, B. (2016). *Prove MT-3 Clinica: La valutazione delle abilità di lettura e comprensione*. Giunti EDU.

Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Montico, M., Zoia, S., & Schön, D. (2015). Music training increases phonological awareness and reading skills in

developmental dyslexia: A randomized control trial. *PLOS ONE*, 10(9), e0138715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138715>

Moritz, C., Yampolsky, S., Papadelis, G., Thomson, J., & Wolf, M. (2013). Links between early rhythm skills, musical training, and phonological awareness. *Reading and Writing*, 26(5), 739–769. <https://doi.org/10.1007/s11145-012-9389-0>

Disturbi del linguaggio

Caselli, M. C., Casadio, P., & Bates, E. (1999). A comparison of the transition from first words to grammar in English and Italian. *Journal of Child Language*, 26(1), 69–111. <https://doi.org/10.1017/s0305000998003687>

Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development*, 32(5), 535–542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00615.x>

Disagio scolastico e benessere emotivo

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Hallam, S. (2010). The power of music: Its impact on the intellectual, social and personal development of children and young people. *International Journal of Music Education*, 28(3), 269–289. <https://doi.org/10.1177/0255761410370658>

Strumenti di valutazione — riferimenti italiani

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Sartori, G., Job, R., & Tressoldi, P. E. (2007). *DDE-2: Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva* (2a ed.). Giunti OS.

Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). *CARS-2: Childhood Autism Rating Scale — Second Edition*. Western Psychological Services.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales — Third Edition*. Pearson.

Capitolo 3

Il contesto riabilitativo

Nota metodologica: la collocazione nelle tre fasce non esprime un giudizio di qualità assoluta sul test, ma la sua utilità didattica e la probabilità che uno studente o un musicoterapeuta lo incontri realmente nei servizi riabilitativi neurologici.

Nota operativa: conoscere uno strumento di valutazione non coincide con essere autorizzati a somministrarlo. Il ruolo del musicoterapeuta in équipe riabilitativa è saper leggere i profili valutativi dei colleghi, comunicare nel loro linguaggio e documentare i propri outcome con misure riconoscibili.

Premessa generale

Questo capitolo è dedicato al contesto riabilitativo, con un focus sulle **tre** aree cliniche neurologiche in cui il musicoterapeuta è più frequentemente chiamato a operare: i disturbi del movimento e della deambulazione, i disturbi del linguaggio e della comunicazione, i disturbi cognitivi. Gli ambiti del dolore cronico, dei disturbi dell'umore in contesto neurologico e del benessere in strutture sociosanitarie sono trattati nei capitoli dedicati al contesto socio-sanitario e a quello educativo.

Il documento non si propone come catalogo tecnico di metodologie musicoterapiche. Si propone invece come strumento di orientamento interprofessionale: una guida per riconoscere gli strumenti che i colleghi usano, capire cosa misurano, e posizionare il proprio contributo professionale in modo leggibile all'interno dell'équipe. Questo non è un obiettivo secondario della formazione: è la condizione per cui il musicoterapeuta cessa di essere una presenza tollerata e diventa un professionista atteso.

Il contesto riabilitativo neurologico: un sistema multiprofessionale

La riabilitazione neurologica è per definizione **un'impresa collettiva**. Il neurologo o il medico fisiatra definisce la diagnosi, il quadro clinico e il programma riabilitativo globale. Il fisioterapista lavora sul recupero della funzione motoria, dell'equilibrio e della deambulazione. Il logopedista interviene sul linguaggio, sulla comunicazione e sulla deglutizione. Il neuropsicologo valuta e riabilita le funzioni cognitive superiori. Il terapeuta occupazionale lavora sul recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana. Lo psicologo sostiene l'adattamento emotivo alla disabilità acquisita. L'infermiere gestisce la continuità della cura.

In questo sistema il musicoterapeuta non è una figura aggiuntiva né decorativa. È un professionista che porta **competenze specifiche** — la relazione sonoro-musicale come strumento terapeutico, la conoscenza degli effetti della musica sul sistema nervoso, la capacità di utilizzare l'esperienza musicale per raggiungere obiettivi funzionali — che nessun altro membro dell'équipe possiede nella stessa misura. Ma queste competenze diventano visibili e spendibili solo se sono comunicabili: se il musicoterapeuta sa descrivere ciò che fa in termini che il fisioterapista, il logopedista e il neuropsicologo riconoscono come pertinenti.

Questo volume serve esattamente a costruire quella **comunicabilità**. Non a **trasformare** il musicoterapeuta in uno psicologo o in un logopedista, ma a dotarlo del vocabolario minimo per partecipare al ragionamento clinico condiviso: sapere cosa significa un punteggio FIM, come si legge un profilo afasico WAB, cosa indica un TMT-B molto rallentato. Senza questa competenza di lettura, il musicoterapeuta rischia di lavorare bene ma in modo invisibile.

Conoscere gli strumenti senza appropriarsene

Vale la pena ribadire un principio già affermato nel capitolo sul contesto preventivo, che in ambito riabilitativo assume una forma ancora più netta. Gli strumenti di valutazione neurologica e neuropsicologica **non sono** strumenti a libero utilizzo: molti di essi richiedono una formazione abilitante specifica, una conoscenza approfondita della psicopatologia di riferimento, e in diversi casi un titolo professionale riconosciuto (neurologo, neuropsicologo, logopedista, fisioterapista).

Il musicoterapeuta che trovasse nel proprio setting uno strumento come la WAIS-IV, il WAB-R o la UPDRS **non è autorizzato** a somministrarlo in autonomia per il solo fatto di conoscerne la struttura. La competenza che questo volume intende costruire è una competenza di lettura, di dialogo e di posizionamento clinico — non una competenza di somministrazione.

Vi sono tuttavia strumenti più accessibili — scale funzionali osservative, misure di outcome semplici, questionari di screening — che il musicoterapeuta può usare nell'ambito di un protocollo condiviso con l'équipe, previa formazione adeguata e accordo istituzionale. La distinzione tra i due livelli è parte integrante della competenza professionale.

La musicoterapia come intervento riabilitativo fondato sulle evidenze

La letteratura scientifica degli ultimi trent'anni ha prodotto un corpus consistente di evidenze sull'efficacia della musicoterapia in ambito neurologico. La revisione Cochrane sugli interventi musicali nelle lesioni cerebrali acquisite (Bradt et al., 2010; aggiornata da Magee et al., 2017) riporta benefici sulla velocità e sulla qualità dell'andatura in persone post-ictus, sui tempi della funzione dell'arto superiore, sugli esiti di comunicazione nell'afasia e sulla qualità di vita — con la cautela che gli autori stessi dichiarano: la maggior parte degli studi inclusi ha un rischio di bias elevato, e la qualità complessiva delle prove è bassa. Studi randomizzati controllati supportano l'uso della stimolazione uditiva ritmica nel Parkinson, del canto terapeutico nell'afasia di Broca, e degli interventi musicali strutturati nei disturbi attentivi dopo trauma cranico acquisito (TBI, traumatic brain injury).

Queste evidenze non autorizzano il musicoterapeuta a presentarsi come sostituto di altri specialisti. Autorizzano invece a rivendicare con chiarezza uno spazio clinico **legittimo**, a richiedere di essere inseriti nei programmi riabilitativi come professionisti con un contributo specifico e misurabile, e a documentare i propri interventi con gli stessi standard metodologici che gli altri professionisti usano. La conoscenza degli strumenti di valutazione presentati in questo volume è parte integrante di questa rivendicazione.

Come leggere le tre fasce

Gli strumenti sono organizzati in tre fasce di priorità didattica:

- Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene: strumenti che il musicoterapeuta incontra con maggiore frequenza nelle équipes e nei referti, e che è necessario saper leggere e contestualizzare.
- Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare: strumenti importanti ma più specialistici. Il musicoterapeuta deve saperli nominare e capire cosa misurano.
- Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia: presenti in contesti selettivi o in ricerca. Utili da conoscere per l'orientamento bibliografico e il dialogo con professionisti esperti.

Per ciascuna area clinica, al termine della sezione è presente un box verde con le indicazioni operative per il lavoro in équipe: come comunicare i propri obiettivi, a quali professionisti raccordarsi, quali misure di outcome usare per rendere visibile il contributo della musicoterapia.

1. Disturbi del movimento e della deambulazione

Inquadramento clinico

I disturbi del movimento di interesse riabilitativo neurologico comprendono un insieme ampio e clinicamente eterogeneo di condizioni: le sequele motorie dell'**ictus cerebrale** (emiplegia, emiparesi, alterazioni della deambulazione, compromissione della funzionalità degli arti superiori), la **malattia di Parkinson** e i parkinsonismi atipici, il **trauma cranico acquisito** (TBI) con esiti motori, la **sclerosi multipla** con compromissione motoria, le **atassie**, e — in età evolutiva — la **paralisi cerebrale infantile** (PCI) e il **trauma cranico pediatrico**.

In tutti questi quadri, il deficit motorio non è mai isolato: si accompagna quasi invariabilmente a compromissioni cognitive, emotive e comunicative che richiedono un approccio riabilitativo integrato. La valutazione del movimento in ambito neurologico non riguarda quindi solo la forza o l'ampiezza articolare, ma la funzionalità nell'ambiente reale, la qualità dell'andatura, il rischio di caduta, l'indipendenza nelle attività quotidiane, la partecipazione sociale.

In età evolutiva, i disturbi del movimento si presentano con caratteristiche specifiche legate alla plasticità del sistema nervoso in sviluppo: il recupero funzionale può essere più ampio rispetto all'adulto, ma richiede un approccio che tenga conto delle tappe evolutive, della partecipazione familiare e del contesto scolastico ed educativo.

Il contributo della musicoterapia nei disturbi del movimento

La musica interagisce con il sistema motorio attraverso meccanismi neurali documentati. Il ritmo uditivo ha la capacità di fungere da **segnale** di temporizzazione esterno per il sistema motorio, facilitando la sincronizzazione e la regolarizzazione del pattern di movimento. Questo fenomeno — chiamato in letteratura **entrainment ritmico** o accoppiamento audio-motorio — è stato documentato in soggetti sani e, con rilevanza clinica, in persone con danno neurologico acquisito.

Il musicoterapeuta in contesto riabilitativo neurologico può utilizzare la **struttura ritmica e musicale** per supportare il recupero della deambulazione, facilitare i movimenti funzionali degli arti superiori, migliorare il controllo posturale e la coordinazione. Non opera in sostituzione del fisioterapista, ma in un'area complementare che sfrutta la **motivazione** intrinseca dell'esperienza musicale, la sua capacità di modulare l'arousal e di attivare reti neurali motorie attraverso la via uditiva.

In età evolutiva, la musicoterapia sfrutta inoltre la naturale prossimità tra movimento e musica nel bambino: il ritmo del corpo e il ritmo musicale sono linguaggi contigui, e questa contiguità può essere utilizzata per sostenere lo sviluppo motorio in un contesto ludico e relazionalmente ricco.

Strumenti di valutazione — disturbi del movimento

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

FIM — Functional Independence Measure. Misura l'indipendenza funzionale in 18 attività della vita quotidiana: 13 motorie (cura personale, controllo degli sfinteri, trasferimenti, locomozione) e 5 cognitive. Punteggio da 1 (dipendenza totale) a 7 (indipendenza completa) per ciascuna voce. È lo strumento di outcome più usato in riabilitazione ospedaliera intensiva in Italia. Il musicoterapeuta deve saper leggere i punteggi FIM del proprio persona per inserire i propri obiettivi in continuità con il piano riabilitativo globale.

TUG — Timed Up and Go Test. Valuta la mobilità funzionale e il rischio di caduta: la persona si alza da una sedia con braccioli, cammina 3 metri, si gira e ritorna. Tempo in secondi. Valori superiori a 12-14 secondi negli anziani indicano aumentato rischio di caduta. Semplice, rapido, ampiamente usato in fisioterapia, geriatria e neurologia.

10MWT — 10 Metre Walk Test. Test standardizzato dell'andatura che misura la velocità di cammino (m/s) e la cadenza (passi/minuto) su un percorso di 10 metri. Esistono versioni a velocità confortevole e a velocità massima. È la misura di outcome più sensibile per la valutazione della qualità dell'andatura e per il monitoraggio dei progressi riabilitativi.

UPDRS / MDS-UPDRS — Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Scala principale per la valutazione globale della malattia di Parkinson, organizzata in quattro parti: esperienze non motorie della vita quotidiana, esperienze motorie della vita quotidiana, esame motorio (tremore, rigidità, bradicinesia, andatura), complicanze della terapia. La versione MDS (Movement Disorder Society) è quella attualmente raccomandata. Il musicoterapeuta che lavora con persone con Parkinson deve saper leggere almeno la parte III (esame motorio) per capire il quadro clinico.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

BBS — Berg Balance Scale. 14 compiti di equilibrio funzionale di difficoltà crescente (da sedersi ad alzarsi fino a stare su un piede solo). Punteggio 0-56; valori inferiori a 45 indicano rischio di caduta significativo. Ampiamente usata in riabilitazione dell'ictus e del Parkinson. Rilevante per il musicoterapeuta che lavora su attività che includono componenti posturali o di equilibrio dinamico.

ARAT — Action Research Arm Test. Valuta le funzioni dell'arto superiore attraverso 19 compiti: presa, presa cilindrica, pinza, movimenti grossolani.

Punteggio 0–57. Molto usato per il monitoraggio della riabilitazione dell'arto superiore post-ictus. Rilevante quando la musicoterapia include attività strumentali con finalità di recupero motorio.

GMFCS — Gross Motor Function Classification System. Sistema di classificazione a 5 livelli della funzione motoria grossolana in bambini con PCI, con descrizioni specifiche per fasce d'età. Livello I: cammina senza limitazioni; livello V: trasportato in carrozzina. Indispensabile per contestualizzare qualsiasi intervento riabilitativo — incluso quello musicoterapico — in bambini con PCI.

Barthel Index — Indice di Barthel — autonomia nelle ADL. Misura storica dell'indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana in 10 aree. Spesso usata in parallelo con la FIM in contesti di riabilitazione intensiva e post-acuta. Il musicoterapeuta la incontra frequentemente nei referti di ingresso e dimissione.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

6MWT — 6 Minute Walk Test. Misura la distanza percorsa in 6 minuti a passo libero. Valuta resistenza alla deambulazione e capacità funzionale aerobica. Usato prevalentemente in riabilitazione cardiorespiratoria e neurologica per patologie con componente di fatica (sclerosi multipla, TBI). Il musicoterapeuta può incontrarlo in contesti di riabilitazione intensiva.

Analisi computerizzata dell'andatura (Gait Analysis) — Sistemi optoelettronici di analisi del movimento. Sistemi tridimensionali per l'analisi cinematica e cinetica del passo. Usati in centri di ricerca e riabilitazione specialistica ad alto volume. Forniscono dati precisi ma richiedono attrezzatura dedicata. Il musicoterapeuta può trovarne i report nelle cartelle delle persone seguite in centri altamente specializzati.

***Indicazioni per l'équipe riabilitativa:** Il musicoterapeuta in contesto riabilitativo motorio si raccorda principalmente con il fisioterapista e con il medico fisiatra. I parametri chiave da conoscere e monitorare sono: velocità dell'andatura (10MWT), rischio di caduta (TUG, BBS), indipendenza funzionale (FIM, Barthel). Prima di avviare attività ritmico-motorie, è buona prassi concordare con il fisioterapista i parametri di baseline e i limiti di sicurezza della persona. Documentare sistematicamente velocità e cadenza del passo prima e dopo cicli di lavoro ritmico strutturato è il modo più diretto per rendere visibile il contributo della musicoterapia al recupero motorio.*

2. Disturbi del linguaggio e della comunicazione

Inquadramento clinico

I disturbi del linguaggio e della comunicazione di interesse neurologico comprendono un insieme clinicamente variegato: le **afasie** (di Broca, di Wernicke, globale, anomica, transcorticale, di conduzione), le **disartrie** (spastica, ipocinetica, atassica, flaccida, mista), **l'aprassia del linguaggio**, le **disfonie neurogene**, e i **disturbi comunicativi acquisiti da trauma cranico** (confabulazione, tangenzialità, deficit pragmatici, ridotta coerenza del discorso). In età evolutiva, rientrano in questo dominio clinico la disartria in bambini con PCI, il **mutismo acquisito** post-TBI, i disturbi comunicativi nelle sequele neurologiche di meningite o encefalite, e alcune presentazioni di disturbo primario del linguaggio in comorbidità con condizioni neurologiche.

La **distinzione** tra afasia (disturbo del linguaggio come sistema simbolico), disartria (disturbo della produzione motoria del linguaggio) e aprassia (disturbo della programmazione motoria del linguaggio) ha implicazioni dirette sulla pianificazione dell'intervento. Confondere i tre quadri porta a scelte terapeutiche inappropriate. Il musicoterapeuta che lavora in contesti afasiologici deve possedere almeno una comprensione orientativa di questa distinzione, che il logopedista usa quotidianamente come linguaggio clinico di base.

Sul piano della comunicazione funzionale, va ricordato che le persone con afasia **non hanno perduto l'intelligenza** né la capacità di pensiero: hanno perduto — in misura variabile — l'accesso al sistema linguistico. Questa distinzione, spesso trascurata, è fondamentale per impostare un'interazione rispettosa e clinicamente appropriata.

Il contributo della musicoterapia nei disturbi del linguaggio

Il contributo della musicoterapia ai disturbi del linguaggio si fonda su un dato neurobiologico robusto: le reti neurali che supportano l'elaborazione musicale e quelle che supportano il linguaggio sono parzialmente sovrapposte e reciprocamente influenzabili. In particolare, il canto e l'intonazione melodica del linguaggio condividono substrati neurali con la produzione verbale, e possono essere utilizzati come vie alternative o supplementari per facilitare l'accesso alla produzione del linguaggio in persone con afasia non fluente.

Questo principio ha ispirato lo sviluppo della **Melodic Intonation Therapy** (MIT) e delle sue varianti, che usano sistematicamente la struttura melodica e ritmica del linguaggio cantato per aggirare le aree lesionate dell'emisfero sinistro e reclutare risorse dell'emisfero destro. Al di là di queste tecniche strutturate, la musicoterapia può contribuire più in generale alla riabilitazione del linguaggio attraverso il canto di brani noti (che attiva pattern motori linguistici automatizzati e relativamente conservati), le vocalizzazioni ritmiche e melodiche (che lavorano sul controllo oromotorio e respiratorio), e la creazione di contesti comunicativi ricchi e motivanti.

Nella disartria, la musica può essere usata per lavorare sul controllo respiratorio, sulla prosodia, sull'intelligibilità vocale e sulla forza e coordinazione della muscolatura oromotoria. L'esperienza vocale musicale — cantare, modulare, sostenere — è per molte persone più motivante degli esercizi logopedici tradizionali, e può facilitare la generalizzazione dei progressi al linguaggio parlato.

In età evolutiva, la voce cantata è spesso il primo canale attraverso cui il bambino con difficoltà motorie orali accede alla comunicazione intenzionale. Il musicoterapeuta che lavora con bambini con PCI, TBI o sequele neurologiche con compromissione comunicativa deve sapere collocare il proprio lavoro all'interno del progetto comunicativo definito insieme al logopedista e, dove presente, al team di comunicazione aumentativa alternativa (CAA).

Strumenti di valutazione — disturbi del linguaggio e della comunicazione

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

WAB-R — Western Aphasia Battery — Revised. Valutazione standardizzata dell'afasia che fornisce l'Aphasia Quotient (AQ, 0–100) come misura globale di

gravità, un profilo per quattro aree (fluenza spontanea, comprensione uditiva, ripetizione, denominazione) e la classificazione del tipo di afasia. È il riferimento principale in afasiologia clinica. Nota: non esiste una versione italiana formalmente pubblicata e validata su campione normativo italiano; lo strumento è tuttavia usato in forma clinica adattata in diversi contesti italiani di neuroriabilitazione. Il musicoterapeuta deve saper leggere l'AQ e il profilo per capire il tipo di afasia e calibrare il proprio intervento.

ASHA NOMS — ASHA National Outcome Measurement System — Communication. Scale funzionali a sette livelli (da 1=dipendenza totale a 7=indipendenza) per la comunicazione e la deglutizione. Non è un test formale: è una valutazione clinica basata sull'osservazione del professionista. Molto usata per documentare i progressi in équipe in forma semplice e condivisa. Il musicoterapeuta può usarle come riferimento comune con il logopedista per descrivere i cambiamenti comunicativi osservati.

Frenchay Dysarthria Assessment-2 — Valutazione standardizzata della disartria. Analizza sistematicamente 8 sezioni: riflessi, respirazione, labbra, mascella, palato, laringe, lingua, intelligibilità. Ogni sezione è valutata su scala a 5 punti. Permette la classificazione del tipo di disartria e il monitoraggio dei progressi. Indispensabile per pianificare interventi vocali e oromotori in musicoterapia riabilitativa.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

Token Test — Test dei gettoni — comprensione verbale. Test breve e molto sensibile per la valutazione della comprensione verbale attraverso istruzioni di complessità crescente. Rileva deficit di comprensione anche lievi, non evidenti nella conversazione ordinaria. Il musicoterapeuta deve conoscerlo perché informa sulla capacità della persona di seguire istruzioni verbali durante le sedute.

Fluenza verbale fonologica e semantica (FAS / Categorie) — Test di fluenza verbale. La persona nomina il maggior numero possibile di parole per lettera (FAS) o per categoria semantica (animali, frutti) in 60 secondi. Valuta l'accesso lessicale, la velocità di elaborazione e le funzioni esecutive. Molto presente nei referti afasiologici e neuropsicologici. Informa sulla quantità e l'organizzazione del vocabolario disponibile.

DEAP (età evolutiva) — Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology. Valutazione standardizzata dell'articolazione e della fonologia in età evolutiva. Distingue il disturbo articolatorio (deficit di singoli suoni) dal disturbo fonologico (deficit del sistema di regole). Indispensabile per comprendere i profili comunicativi dei bambini con PCI, TBI pediatrico o sequele neurologiche con compromissione della produzione del linguaggio. Versione italiana in uso clinico.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

LARSP — Language Assessment, Remediation and Screening Procedure. Strumento di analisi grammaticale del linguaggio spontaneo che permette una profilatura delle strutture sintattico-morfologiche prodotte. Molto analitico, richiede formazione logopedica specifica. Il musicoterapeuta può incontrarne i

risultati nei referti di persone con afasia complessa o disturbi del linguaggio evolutivi.

Analisi acustica strumentale della voce (MDVP, Visi-Pitch) — Sistemi di analisi computerizzata dei parametri vocali. Misurano parametri come frequenza fondamentale, intensità, jitter (variazione di frequenza), shimmer (variazione di ampiezza) e rapporto armonico-rumore. Usati in logopedia per il monitoraggio fine della qualità vocale. Rilevanti per il monitoraggio degli esiti di lavoro vocale in musicoterapia in contesti di ricerca o riabilitazione specialistica.

Indicazioni per l'équipe riabilitativa: Il musicoterapeuta in contesto riabilitativo del linguaggio si raccorda principalmente con il logopedista. La conoscenza del profilo afasico (tipo WAB, AQ) e del tipo di disartria (Frenchay) è la premessa per qualsiasi scelta metodologica fondata. I progressi comunicativi osservati durante le sedute di musicoterapia devono essere comunicati al logopedista con un linguaggio descrittivo preciso: produzione di parole singole, frasi spontanee, intelligibilità vocale, partecipazione comunicativa. L'uso condiviso delle scale ASHA NOMS come frame di riferimento permette di documentare i cambiamenti in modo riconoscibile dall'intero team. In presenza di sistemi di CAA, il musicoterapeuta deve integrarsi nel progetto comunicativo esistente, non proporre un'alternativa parallela.

3. Disturbi cognitivi

Inquadramento clinico

I disturbi cognitivi di interesse riabilitativo neurologico comprendono **deficit di attenzione** (selettiva, sostenuta, divisa, alternata), **di memoria** (di lavoro, episodica verbale e visiva, prospettica, autobiografica), **di funzioni esecutive** (pianificazione, monitoraggio, flessibilità cognitiva, inibizione di risposte prepotenti, fluency verbale), **di velocità di elaborazione delle informazioni** e di **orientamento temporospaziale**. Questi deficit possono essere conseguenza di ictus, trauma cranico acquisito (TBI), sclerosi multipla, demenze degenerative (Alzheimer, demenza a corpi di Lewy, demenza frontotemporale), tumori cerebrali operati, encefaliti o alterazioni della coscienza.

In età evolutiva, i disturbi cognitivi di interesse riabilitativo comprendono le sequele cognitive del TBI pediatrico — che spesso si manifestano con difficoltà attentive, di memoria di lavoro e di funzioni esecutive — e le compromissioni cognitive nelle PCI con coinvolgimento cognitivo (circa il 50% dei casi). Va ricordato che i disturbi cognitivi post-TBI in età evolutiva possono manifestarsi o aggravarsi nel tempo, quando le funzioni cognitive non ancora maturate al momento della lesione iniziano a svilupparsi in modo deficitario.

Un elemento clinico di grande rilevanza pratica è la frequente **dissociazione** tra prestazione nei test e funzionamento nella vita reale. Una persona può ottenere punteggi nella norma in compiti neuropsicologici isolati e mostrare difficoltà significative nella vita quotidiana (pianificare un'uscita, gestire un'agenda, seguire una conversazione complessa). Questa dissociazione giustifica l'uso di misure ecologicamente valide e l'osservazione diretta del comportamento in contesti naturali.

Il contributo della musicoterapia nei disturbi cognitivi

Il contributo della musicoterapia ai disturbi cognitivi si fonda su diversi meccanismi, documentati dalla ricerca neuroscientifica degli ultimi decenni.

L'elaborazione del ritmo condivide risorse neurali con l'attenzione sostenuta e con la capacità di mantenere una rappresentazione temporale stabile — funzioni spesso compromesse nei disturbi cognitivi acquisiti. La **struttura** prevedibile e temporalmente organizzata della musica può fungere da cornice esterna di organizzazione cognitiva, supportando persone con ridotta capacità di autoregolazione.

La musica **autobiograficamente significativa** è uno dei cue di retrieval più potenti per la memoria episodica: attiva reti di memoria relativamente conservate anche in fasi moderate di demenza, e può essere usata come strumento per facilitare il contatto con la propria storia, sostenere l'orientamento e la costruzione del senso di identità. **L'improvvisazione musicale strutturata** richiede e allena simultaneamente attenzione, memoria di lavoro, pianificazione e monitoraggio in tempo reale — un training cognitivo embedded in un'esperienza esteticamente e relazionalmente significativa.

In età evolutiva, la musica può essere usata per supportare lo sviluppo delle funzioni esecutive attraverso compiti di **sequenzializzazione, alternanza, inibizione e monitoraggio** inglobati nell'esperienza musicale. La ricerca sull'uso della musica per bambini con TBI e PCI cognitiva è ancora in espansione, ma i principi neurali di base sono quelli già documentati nella popolazione adulta.

Strumenti di valutazione — disturbi cognitivi

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

MoCA — Montreal Cognitive Assessment. Screening cognitivo breve (30 punti, circa 10–15 minuti) organizzato in 8 domini: visuospaziale/esecutivo, denominazione, memoria, attenzione, linguaggio, astrazione, rievocazione differita, orientamento. Punteggio normale ≥ 26 ; con correzione di 1 punto per scolarità inferiore a 12 anni. Versione 7.1 standardizzata per la popolazione italiana. Più sensibile dell'MMSE nel rilevare compromissioni lievi. È lo strumento di screening cognitivo di riferimento in neurologia e riabilitazione. Il musicoterapeuta deve saper leggere il profilo per domini, non solo il punteggio totale.

MMSE — Mini-Mental State Examination. Screening cognitivo globale (30 punti, circa 10 minuti) che valuta orientamento, registrazione, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio e prassia. Meno sensibile della MoCA nelle fasi iniziali di declino, ma più rapido e diffusissimo nelle cartelle cliniche. Le soglie di compromissione variano con età e scolarità (norme italiane disponibili). Il musicoterapeuta lo incontra in quasi tutte le cartelle riabilitative delle persone anziane con patologie neurologiche.

TMT A e B — Trail Making Test — parti A e B. Parte A: collegare cerchi numerati in sequenza (velocità di elaborazione, attenzione visiva). Parte B: alternare numeri e lettere (flessibilità cognitiva, switching attentivo). Tempi in secondi; la differenza B–A è il marcatore più sensibile della compromissione delle funzioni esecutive. Norma italiana disponibile. Molto presente nei profili neuropsicologici post-ictus e post-TBI.

Digit Span (avanti e indietro) — Span di memoria verbale a breve termine e di lavoro. Sottotest delle scale Wechsler. Digit Span avanti: misura la memoria verbale a breve termine. Digit Span indietro: misura la memoria di lavoro verbale (capacità di elaborare e manipolare informazioni mentre si

mantengono in mente). Fortemente correlato alla capacità di seguire istruzioni verbali complesse — informazione direttamente rilevante per la progettazione delle sedute di musicoterapia.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

TAP — Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung. Batteria computerizzata per la valutazione delle componenti dell'attenzione: allerta fasica e tonica, attenzione selettiva visiva, attenzione divisa, attenzione alternata, vigilanza, attenzione visuo-spaziale. Molto usata in neuropsicologia riabilitativa post-ictus e post-TBI. Il profilo TAP permette di identificare quale componente attentiva è primariamente compromessa, informazione direttamente utile per la progettazione di interventi musicali strutturati.

RAVLT — Rey Auditory Verbal Learning Test. Test di apprendimento verbale che valuta la curva di apprendimento su 5 trial, la ritenzione a breve termine, la vulnerabilità all'interferenza proattiva e retroattiva, la rievocazione differita (dopo 20–30 minuti) e il riconoscimento. Molto usato in neuropsicologia post-TBI, post-ictus e nella valutazione delle demenze. Il profilo RAVLT informa sulla capacità della persona di apprendere nuovo materiale nel tempo.

RBMT — Rivermead Behavioural Memory Test. Test di memoria ecologicamente valido che simula compiti di memoria della vita quotidiana (ricordare un nome, un appuntamento, un percorso, un messaggio). A differenza dei test di lista verbale, cattura le difficoltà mnemoniche reali della persona nel suo funzionamento quotidiano. Molto utile per la pianificazione di obiettivi riabilitativi concreti.

WISC-V / WPPSI-IV (età evolutiva) — Scale Wechsler per l'intelligenza in età evolutiva. Batterie di valutazione dell'intelligenza per bambini. Forniscono un QI globale e profili per indici (comprensione verbale, ragionamento visuo-spaziale, ragionamento fluido, memoria di lavoro, velocità di elaborazione). Standardizzazione italiana disponibile. Il musicoterapeuta che lavora con bambini con PCI cognitiva o TBI pediatrico deve saper leggere il profilo per indici per calibrare adeguatamente la complessità delle proposte.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

BADS — Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. Batteria di test ecologicamente validi per le funzioni esecutive: sorting di carte per regole implicite, ricerca di chiave, zoo map, modified six elements test. Valuta la sindrome disesecutiva in contesti che simulano la vita reale, rilevando difficoltà non sempre evidenti nei test neuropsicologici classici. Rilevante per la comprensione delle difficoltà pratiche di persone con lesioni frontali.

WAIS-IV (adulti) — Wechsler Adult Intelligence Scale — 4a edizione. Batteria completa di valutazione dell'intelligenza per adulti (16–90 anni). Fornisce QI totale e quattro indici: comprensione verbale, ragionamento percettivo-visivo, memoria di lavoro, velocità di elaborazione. Richiede somministrazione e interpretazione da parte di psicologo o neuropsicologo. Il musicoterapeuta può trovarne i risultati nei referti di persone con TBI, tumori cerebrali o in fase di valutazione diagnostica complessa.

Indicazioni per l'équipe riabilitativa: Il musicoterapeuta in contesto riabilitativo cognitivo si raccorda principalmente con il neuropsicologo. Il profilo neuropsicologico (MoCA, TAP, RAVLT, TMT) è il punto di partenza per la definizione degli obiettivi: non si progetta un intervento musicale cognitivo senza sapere quale componente è compromessa e in che misura. I progressi cognitivi osservati durante le sedute — capacità di seguire una struttura, mantenere l'attenzione, ricordare sequenze, pianificare azioni — vanno documentati con scale comportamentali o osservative concordate con il neuropsicologo. In contesti di demenza, il raccordo con il medico geriatra e con il team di assistenza familiare è altrettanto importante: gli interventi musicali sulla memoria autobiografica (reminiscenza musicale, playlist personali) devono essere integrati in un piano di cura globale che coinvolge anche i caregiver.

Sintesi: il set minimo per l'équipe riabilitativa

Se si dovesse identificare un insieme minimo di strumenti che il musicoterapeuta in contesto riabilitativo neurologico deve saper leggere con proprietà, si potrebbe costruire la tabella seguente, organizzata per area e per figura professionale di riferimento.

Area	Strumenti chiave	Fascia	Professionista di rif.
Movimento / deambulazione	FIM	1	Fisiatra, fisioterapista
Movimento / deambulazione	TUG	1	Fisioterapista
Movimento / deambulazione	10MWT	1	Fisioterapista
Movimento / deambulazione	MDS-UPDRS	1	Neurologo
Movimento / deambulazione	BBS	2	Fisioterapista
Movimento / deambulazione	ARAT	2	Fisioterapista, T. occ.
Movimento / deambulazione	GMFCS (età evol.)	2	NPI, fisioterapista
Linguaggio	WAB-R	1	Logopedista
Linguaggio	ASHA NOMS	1	Logopedista, équipe
Linguaggio	Frenchay-2	1	Logopedista
Linguaggio	Token Test	2	Logopedista, NPS
Cognitivo	MoCA	1	Neuropsicologo, neurologo
Cognitivo	MMSE	1	Équipe (lettura)
Cognitivo	TMT A/B	1	Neuropsicologo
Cognitivo	Digit Span	1	Neuropsicologo
Cognitivo	TAP	2	Neuropsicologo
Cognitivo	RAVLT	2	Neuropsicologo
Cognitivo	RBMT	2	Neuropsicologo

Glossario degli strumenti — ordine alfabetico

Le voci sono ordinate alfabeticamente per sigla. Per ogni strumento: nome completo, area di riferimento, descrizione del costrutto misurato e del funzionamento, modalità di somministrazione, figure professionali che lo utilizzano, nota specifica per il musicoterapeuta.

10MWT — 10 Metre Walk Test	Movimento — velocità dell'andatura
Descrizione	Test standardizzato che misura la velocità di cammino su 10 metri in m/s e la cadenza in passi/minuto. Versione a velocità confortevole (preferita in clinica) e a velocità massima. Misura di outcome semplice, rapida, sensibile ai cambiamenti, con buona validità ecologica.
Somministrazione	Cronometro e nastro metrico, somministrazione individuale da parte del fisioterapista, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Fisioterapisti, medici riabilitatori, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora con proposte ritmico-motorie strutturate dovrebbe raccordarsi con il fisioterapista per misurare la velocità del passo prima e dopo cicli di intervento. Un miglioramento documentato con il 10MWT è il modo più diretto per comunicare l'efficacia del lavoro ritmico all'équipe.</i>

6MWT — 6 Minute Walk Test	Movimento — resistenza alla deambulazione
Descrizione	Misura la distanza percorsa in 6 minuti a passo libero su un corridoio di almeno 30 metri. Valuta la capacità funzionale aerobica e la resistenza alla deambulazione. Sensibile alla fatica, frequente nella sclerosi multipla e nelle sequele neurologiche croniche.
Somministrazione	Corridoio misurato, cronometro, coni. Fisioterapista o infermiere formato. Circa 10 minuti.
Chi lo usa	Fisioterapisti, medici riabilitatori.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta in contesti di riabilitazione neurologica cronica (sclerosi multipla, sequele post-TBI) dove la fatica è un fattore limitante. Calibrare l'intensità e la durata delle proposte motorie in funzione della capacità di resistenza è una competenza clinica essenziale.</i>

ARAT — Action Research Arm Test	Movimento — funzione dell'arto superiore
Descrizione	19 compiti organizzati in 4 sottoscale: presa di oggetti grossolani (grasp), presa cilindrica, pinza (pinch), movimenti grossolani (gross movement). Punteggio 0-57. Sensibile ai cambiamenti in riabilitazione post-ictus. Necessita di kit standardizzato di oggetti.
Somministrazione	Somministrazione individuale con kit standardizzato, circa 10-15 minuti. Richiede formazione specifica.
Chi lo usa	Fisioterapisti, terapisti occupazionali.
Nota per il MT	<i>Rilevante quando la musicoterapia include attività strumentali con finalità di recupero motorio dell'arto superiore. Il confronto del profilo ARAT prima e dopo cicli di lavoro strumentale strutturato permette di documentare progressi funzionali reali.</i>

ASHA NOMS — ASHA National Outcome Measurement System — Communication	Linguaggio — comunicazione funzionale
Descrizione	Scale funzionali a sette livelli (1 = dipendenza totale da facilitatore; 7 = indipendenza comunicativa totale) per la comunicazione orale e la deglutizione. Non è un test formale: è una valutazione clinica basata sull'osservazione del professionista. Copre comprensione e produzione del linguaggio orale, lettura, scrittura, deglutizione.
Somministrazione	Valutazione clinica osservativa integrata nella pratica logopedica routinaria. Non richiede materiale specifico.
Chi lo usa	Logopedisti principalmente, ma usata come linguaggio comune di comunicazione dell'outcome riabilitativo.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta può usare le scale ASHA NOMS come frame di riferimento condiviso con il logopedista per descrivere i cambiamenti comunicativi osservati durante le sedute. Concordare con il logopedista il livello di baseline e i traguardi attesi rende il contributo della musicoterapia parte integrante del piano riabilitativo.</i>
BADS — Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome	Cognitivo — funzioni esecutive in contesto ecologico
Descrizione	Batteria di 6 prove ecologicamente valide per le funzioni esecutive: sorting di carte per regole implicite, programma di azione, ricerca di chiave, giudizio temporale, zoo map, modified six elements test. Valida la sindrome disesecutiva in situazioni che simulano compiti reali, rilevando difficoltà non sempre evidenti nei test classici (TMT, fluenza verbale).
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di neuropsicologo o psicologo formato, circa 45–60 minuti.
Chi lo usa	Neuropsicologi, psicologi clinici.
Nota per il MT	<i>Il profilo BADS è molto informativo per il musicoterapeuta che progetta attività musicali con componenti di pianificazione e sequenzializzazione. Una compromissione nella Zoo Map orienta verso la necessità di strutturazione esterna massima; difficoltà nel Modified Six Elements Test segnala problemi di monitoraggio del proprio comportamento.</i>
Barthel Index — Indice di Barthel	Movimento — indipendenza nelle ADL di base
Descrizione	Misura l'indipendenza funzionale in 10 attività di base della vita quotidiana: alimentazione, bagno, igiene personale, vestirsi, controllo vescicale e intestinale, uso dei servizi, trasferimento sedia-letto, deambulazione, utilizzo delle scale. Punteggio 0–100. Strumento storico, semplice, ampiamente diffuso in riabilitazione ospedaliera.
Somministrazione	Osservazione clinica o intervista alla persona/caregiver. Circa 5–10 minuti.
Chi lo usa	Medici riabilitatori, fisioterapisti, infermieri, terapisti occupazionali.

Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta incontra il Barthel Index nei documenti di ingresso e dimissione dalle strutture riabilitative. Confrontare il punteggio al ricovero con quello alla dimissione dà il senso del percorso riabilitativo complessivo all'interno del quale si è inserito il lavoro musicoterapico.</i>
-----------------------	--

BBS — Berg Balance Scale	Movimento — equilibrio funzionale
Descrizione	14 compiti di equilibrio funzionale di difficoltà crescente: sedersi, alzarsi, stare in piedi, chiudere gli occhi, ruotare, raccogliere un oggetto, guardare oltre la spalla, girare di 360 gradi, appoggio alternato su scalino, stare su un piede solo. Punteggio 0-56; valori inferiori a 45 indicano rischio di caduta significativo.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte del fisioterapista, circa 15-20 minuti.
Chi lo usa	Fisioterapisti, medici riabilitatori.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta che propone attività che includono stazione eretta, spostamenti del peso o movimenti del tronco. Un punteggio BBS basso impone la massima attenzione alla sicurezza durante le sedute e la necessità di concordare con il fisioterapista le posture e le attività permesse.</i>

Digit Span — Digit Span avanti e indietro	Cognitivo — memoria a breve termine e di lavoro
Descrizione	Sottotest delle scale Wechsler. Digit Span avanti: la persona ripete sequenze di cifre di lunghezza crescente lette dall'esaminatore (memoria verbale a breve termine). Digit Span indietro: ripete le sequenze in ordine inverso (memoria di lavoro). Esiste anche la versione in sequenza (ordine crescente). È uno dei marcatori più sensibili del carico cognitivo attuale.
Somministrazione	Somministrazione individuale verbale da parte di psicologo o neuropsicologo, parte di una valutazione più ampia. Circa 5-10 minuti.
Chi lo usa	Neuropsicologi, psicologi clinici.
Nota per il MT	<i>Informa direttamente il musicoterapeuta sulla capacità della persona di seguire istruzioni verbali e di mantenere pattern ritmici e melodici in memoria di lavoro durante le sedute. Un Digit Span basso indica la necessità di istruzioni brevissime, semplificate, visivamente supportate e spesso ripetute.</i>

FIM — Functional Independence Measure	Movimento — indipendenza funzionale globale
Descrizione	18 attività della vita quotidiana valutate da 1 a 7 (1=assistenza totale, 7=indipendenza completa): 13 motorie (cura del corpo, controllo degli sfinteri, trasferimenti, locomozione) e 5 cognitive (comprensione, espressione, interazione sociale, problem solving, memoria). Il punteggio totale varia da 18 a 126. È lo strumento di outcome riabilitativo più usato in Italia.
Somministrazione	Valutazione dell'équipe riabilitativa nel suo insieme: ogni

	professionista valuta le aree di propria competenza. Osservazione diretta e colloquio.
Chi lo usa	Medici riabilitatori, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, infermieri, psicologi.
Nota per il MT	<i>La FIM è il documento comune dell'équipe riabilitativa. Il musicoterapeuta deve saper leggere i punteggi rilevanti per il proprio lavoro — locomozione, comunicazione (comprensione ed espressione), interazione sociale — per inserire i propri obiettivi in continuità con il piano riabilitativo globale e per comunicare i propri contributi nel linguaggio dell'équipe.</i>

Fluenza verbale (FAS / Categorie) — Test di fluenza verbale fonologica e semantica	Linguaggio / Cognitivo — accesso lessicale e funzioni esecutive
Descrizione	FAS fonologico: la persona nomina il maggior numero possibile di parole inizianti con F, A, S in 60 secondi ciascuna. Fluenza semantica: nomina animali (o frutti, o biancheria) in 60 secondi. La fluenza fonologica è più sensibile alle funzioni esecutive frontali; quella semantica all'organizzazione della memoria semantica. Entrambe valutano la velocità di elaborazione.
Somministrazione	Somministrazione verbale individuale, circa 5–7 minuti. Parte di quasi tutte le batterie neuropsicologiche standard.
Chi lo usa	Neuropsicologi, logopedisti.
Nota per il MT	<i>Molto presente nei referti neuropsicologici e afasiologici. Informa il musicoterapeuta sulla velocità di accesso lessicale, rilevante per la scelta di testi verbali da usare in seduta, e sulle funzioni esecutive, rilevanti per la complessità delle proposte musicali strutturate.</i>

Frenchay Dysarthria Assessment-2 — Frenchay Dysarthria Assessment — 2ª edizione	Linguaggio — disartria
Descrizione	Valutazione standardizzata della disartria attraverso 8 sezioni: riflessi (tosse, deglutizione, bavatura), respirazione, labbra, mascella, palato, laringe, lingua, intelligibilità. Ogni sezione è valutata su scala a 5 punti (a=normale, e=grave). Permette classificazione del tipo di disartria (spastica, atassica, ipocinetica, flaccida, mista) e monitoraggio dei progressi.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte del logopedista, circa 20–30 minuti.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Fondamentale per pianificare interventi vocali e oromotori in musicoterapia riabilitativa. Il profilo Frenchay indica quali strutture oromotorie sono compromesse e in quale misura, orientando la scelta delle vocalizzazioni, degli strumenti e del tipo di lavoro respiratorio da proporre.</i>

GMFCS — Gross Motor Function Classification System	Movimento — età evolutiva, PCI
Descrizione	Sistema di classificazione a 5 livelli della funzione motoria grossolana in bambini con paralisi cerebrale, con descrizioni specifiche per quattro fasce d'età (meno di 2 anni, 2–4, 4–6, 6–12 anni) e proiezione per i 12–18 anni. Livello I: cammina senza limitazioni; livello V: trasportato in carrozzina elettrica o manuale. Non è una misura di outcome: è una classificazione della funzionalità motoria di base.
Somministrazione	Classificazione clinica osservativa effettuata dal NPI o dal fisioterapista pediatrico.
Chi lo usa	Neuropsichiatri infantili, fisioterapisti pediatrici.
Nota per il MT	<i>Indispensabile per contestualizzare qualsiasi proposta riabilitativa — inclusa quella musicoterapica — in bambini con PCI. Un bambino GMFCS I-II e uno GMFCS IV-V richiedono proposte completamente diverse per setting, posizionamento, tipo di coinvolgimento motorio e obiettivi.</i>
LARSP — Language Assessment, Remediation and Screening Procedure	Linguaggio — analisi grammaticale del linguaggio spontaneo
Descrizione	Strumento di analisi sintattico-morfologica del linguaggio spontaneo che permette di profilare le strutture grammaticali prodotte dalla persona e di confrontarle con lo sviluppo tipico. Organizzato in stadi di sviluppo linguistico. Molto analitico, usato prevalentemente in logopedia per la pianificazione della riabilitazione grammaticale.
Somministrazione	Analisi del corpus di linguaggio spontaneo trascritto. Richiede formazione logopedica specifica, circa 1–2 ore di analisi.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta può incontrare il profilo LARSP nei referti di persone con afasia complessa o con disturbi del linguaggio evolutivi. Utile per capire il livello di complessità sintattica accessibile alla persona e calibrare di conseguenza la complessità linguistica delle proposte musicali.</i>
MDS-UPDRS — Movement Disorder Society — Unified Parkinson's Disease Rating Scale	Movimento — malattia di Parkinson
Descrizione	Versione più recente (2008) della UPDRS, sviluppata dalla Movement Disorder Society. Quattro parti: I. Aspetti non motori dell'esperienza quotidiana (13 item); II. Aspetti motori dell'esperienza quotidiana (13 item); III. Esame motorio (18 item: tremore, rigidità, bradicinesia, andatura, equilibrio, stabilità posturale, congelamento); IV. Complicanze motorie (6 item). Punteggio parte III: 0–132 — non 0–72 come suggerirebbe il conto degli item, perché diverse voci si punteggiano

separatamente su più distretti corporei.

Somministrazione	Parti I e II: autocompilazione. Parte III: esame clinico da parte del neurologo, circa 20–30 minuti.
Chi lo usa	Neurologi del movimento.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora con persone con Parkinson deve saper leggere la parte III, in particolare gli item sull'andatura (item 3.10), il congelamento del passo (3.11), la stabilità posturale (3.12) e la bradicinesia degli arti. Questi sono i target diretti degli interventi ritmico-motori strutturati in musicoterapia.</i>

MMSE — Mini-Mental State Examination	Cognitivo — screening cognitivo globale
Descrizione	30 punti distribuiti su: orientamento temporale e spaziale (10 punti), registrazione di 3 parole (3), attenzione e calcolo (5), rievocazione (3), linguaggio (8), prassia costruttiva (1). Il punteggio grezzo viene corretto per età e scolarità con le norme italiane. Soglie orientative: 24–30 normale; 18–23 compromissione lieve-moderata; <18 grave.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di operatore formato, circa 10 minuti.
Chi lo usa	Medici geriatri, neurologi, medici di medicina generale.
Nota per il MT	<i>Strumento di lettura essenziale per qualsiasi musicoterapeuta che lavori in contesti neurologici con persone anziane. Un MMSE di 22 indica un quadro molto diverso da un MMSE di 14, con implicazioni dirette sulla complessità e la struttura delle proposte musicali.</i>

MoCA — Montreal Cognitive Assessment	Cognitivo — screening cognitivo globale
Descrizione	30 punti in 8 domini: visuospatiale/esecutivo (5), denominazione (3), memoria/encoding (non punteggiato), rievocazione differita (5), attenzione (6), linguaggio (3), astrazione (2), orientamento (6). La versione 7.1 ha standardizzazione italiana multicentrica. Disponibile in versioni alternate per il re-testing.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di operatore formato, circa 10–15 minuti.
Chi lo usa	Neuropsicologi, neurologi, geriatri.
Nota per il MT	<i>Fondamentale per il musicoterapeuta in contesti neurologici. Il profilo per domini è più informativo del punteggio totale: difficoltà esecutive (copia del cubo, fluenza verbale) orientano verso proposte con struttura esterna forte; difficoltà di memoria verso l'uso di materiale autobiografico familiare; difficoltà di attenzione verso sedute brevi e molto strutturate.</i>

RAVLT — Rey Auditory Verbal Learning Test	Cognitivo — memoria episodica verbale
--	---------------------------------------

Descrizione	15 parole presentate per 5 trial successivi, seguiti da una lista distrattore, da rievocazione libera immediata post-distrattore e da rievocazione differita dopo 20–30 minuti, e infine dal riconoscimento. Valuta: curva di apprendimento, ritenzione, interferenza proattiva e retroattiva, falsi riconoscimenti. Norma italiana disponibile.
Somministrazione	Somministrazione individuale verbale da parte del neuropsicologo, circa 30–40 minuti con il ritardo.
Chi lo usa	Neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Il profilo RAVLT informa il musicoterapeuta sulla capacità della persona di apprendere nuovo materiale nel tempo e sulla vulnerabilità all'interferenza. Una curva piatta con buon riconoscimento indica difficoltà nel recupero spontaneo ma conservazione dell'encoding — il materiale musicale ripetuto può funzionare come cue di recupero efficace.</i>

RBMT — Rivermead Behavioural Memory Test	Cognitivo — memoria ecologicamente valida
Descrizione	Test di memoria che simula compiti reali della vita quotidiana: ricordare il nome di una persona da una fotografia, ricordare un oggetto nascosto, ricordare un messaggio, ricordare un appuntamento, riconoscere facce e fotografie, seguire un percorso, ricordare una storia breve. Fornisce punteggi standard e un profilo per tipi di memoria.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di neuropsicologo, circa 30–45 minuti.
Chi lo usa	Neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Particolarmente prezioso per il musicoterapeuta perché misura la memoria in situazioni che assomigliano alla vita reale: ricordare una persona, seguire un percorso, ricordare un messaggio. Queste sono esattamente le competenze che un intervento di musicoterapia riabilitativa può supportare con proposte ecologicamente valide.</i>

TAP — Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung	Cognitivo — componenti dell'attenzione
Descrizione	Batteria computerizzata per la valutazione delle componenti dell'attenzione: allerta fasica (reazione a segnale di avvertimento) e tonica (vigilanza di base), attenzione selettiva visiva (figure-sfondo), attenzione divisa (doppio compito), attenzione alternata, attenzione spaziale, gestione delle incompatibilità stimolo-risposta. Versione italiana disponibile.
Somministrazione	Somministrazione computerizzata individuale, 45–90 minuti per la versione completa. Da parte di neuropsicologo.
Chi lo usa	Neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>I profili TAP sono direttamente informativi per la progettazione degli interventi musicali cognitivi. Allerta tonica ridotta orienta verso stimolazione ritmica incisiva; attenzione selettiva ridotta verso compiti musicali di figura-sfondo uditivo; attenzione divisa ridotta verso dual task gradual;</i>

allerta fasica ridotta verso l'uso di accenti e contrasti dinamici come segnali di orientamento.

TMT — Trail Making Test — parti A e B	Cognitivo — velocità di elaborazione e funzioni esecutive
Descrizione	Parte A: collegare in sequenza 25 cerchi numerati sparsi su un foglio, il più rapidamente possibile. Parte B: alternare numeri e lettere in sequenza (1-A-2-B-3-C...). Tempi in secondi; errori vengono corretti dall'esaminatore. La differenza B-A è l'indice più sensibile della compromissione della flessibilità cognitiva. Norma italiana per età e scolarità.
Somministrazione	Carta e matita, somministrazione individuale da parte di neuropsicologo, circa 5-10 minuti.
Chi lo usa	Neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Uno dei test più citati nei referti neuropsicologici post-ictus e post-TBI. Un TMT-B molto allungato rispetto a TMT-A indica compromissione della flessibilità cognitiva (switching tra regole diverse), informazione direttamente rilevante per calibrare la complessità delle regole nelle proposte musicali.</i>
Token Test — Test dei gettoni	Linguaggio — comprensione verbale
Descrizione	La persona deve manipolare gettoni di diverse forme, dimensioni e colori seguendo istruzioni verbali di complessità crescente, dalle più semplici ('tocca il cerchio rosso') alle più complesse ('prima del quadrato giallo, tocca il cerchio verde'). Molto sensibile a deficit di comprensione verbale anche lievi, non rilevabili nella conversazione ordinaria.
Somministrazione	Somministrazione individuale con kit di gettoni standardizzato. Circa 10-15 minuti. Da parte di logopedista o neuropsicologo.
Chi lo usa	Logopedisti, neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Informa il musicoterapeuta sulla capacità della persona di seguire istruzioni verbali di diversa complessità durante le sedute. Una persona con Token Test compromesso richiede istruzioni molto semplici, brevi, supportate da gesto e dimostrazione.</i>
TUG — Timed Up and Go Test	Movimento — mobilità funzionale e rischio di caduta
Descrizione	La persona si alza da una sedia con braccioli (altezza 46 cm), cammina 3 metri verso un cono, si gira, ritorna e si siede. Tempo in secondi dall'ordine 'via' al momento di sedersi. Valori normali per anziani: <12 secondi; valori >30 secondi indicano dipendenza significativa; >14 secondi aumentato rischio di caduta.
Somministrazione	Cronometro, sedia standardizzata, cono. Circa 5 minuti. Fisioterapista o operatore formato.
Chi lo usa	Fisioterapisti, geriatri, medici.
Nota per il MT	<i>Misura di mobilità funzionale ecologicamente più valida del solo 10MWT perché include alzarsi, girare e sedersi — componenti delle attività quotidiane reali. Il musicoterapeuta che propone attività in piedi o in movimento deve conoscere il TUG della persona per</i>

valutare il rischio di caduta e pianificare le misure di sicurezza.

WAB-R — Western Aphasia Battery — Revised	Linguaggio — afasia
Descrizione	Valutazione standardizzata dell'afasia attraverso 4 aree: linguaggio spontaneo (fluenza e contenuto informativo, 0–20), comprensione uditiva (0–200), ripetizione (0–100), denominazione e parola (0–100). L'Aphasia Quotient (AQ = somma dei punteggi scalati, 0–100) quantifica la gravità globale. Il profilo permette la classificazione del tipo di afasia (8 tipi principali). Nota: non esiste una versione italiana formalmente validata su campione normativo italiano; lo strumento è usato in forma adattata in alcuni contesti clinici italiani, mentre altri centri fanno riferimento a strumenti afasiologici italiani nativi.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte del logopedista, circa 60–90 minuti (versione completa) o 30–45 (versione breve). Richiede formazione specifica.
Chi lo usa	Logopedisti.
Nota per il MT	<i>Il profilo WAB-R è la base informativa indispensabile per la pianificazione di qualsiasi intervento musicoterapico orientato al linguaggio. Il tipo di afasia (fluente vs. non fluente, comprensione preservata vs. compromessa) determina il tipo di approccio: afasia di Broca con comprensione preservata è un contesto molto diverso dall'afasia globale.</i>

WISC-V — Wechsler Intelligence Scale for Children — 5a edizione	Cognitivo — età evolutiva
Descrizione	Batteria di valutazione dell'intelligenza per bambini da 6 a 16 anni e 11 mesi. Fornisce QI globale e 5 indici primari: comprensione verbale (CV), visuo-spaziale (VS), ragionamento fluido (RF), memoria di lavoro (ML), velocità di elaborazione (VE). Standardizzazione italiana 2023. La WPPSI-IV copre la fascia 2 anni 6 mesi – 7 anni 7 mesi.
Somministrazione	Somministrazione individuale da parte di psicologo o neuropsicologo abilitato, circa 65–80 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Il profilo per indici è più informativo del QI totale per il musicoterapeuta. Un profilo con memoria di lavoro ridotta e velocità di elaborazione lenta, con comprensione verbale relativamente preservata, orienta verso proposte con struttura prevedibile, ritmo rallentato e ridotta complessità simultanea.</i>

Bibliografia essenziale

La bibliografia è selettiva e orientata alla didattica. Privilegia meta-analisi e studi clinici controllati sull'efficacia della musicoterapia in ambito neurologico, validazioni italiane degli strumenti citati, e testi di riferimento per il dialogo interprofessionale.

Efficacia della musicoterapia in riabilitazione neurologica

Bradt, J., Magee, W. L., Dileo, C., Wheeler, B. L., & McGilloway, E. (2010). Music therapy for acquired brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(7), CD006787. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006787.pub2>

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>

Nombela, C., Hughes, L. E., Owen, A. M., & Grahn, J. A. (2013). Into the groove: Can rhythm influence Parkinson's disease? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2564–2570. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.08.003>

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., & Hoemberg, V. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: Rhythmic entrainment and the motor system. *Frontiers in Psychology*, 5, 1185. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01185>

van der Meulen, I., van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Heijenbrok-Kal, M. H., Visch-Brink, E. G., & Ribbers, G. M. (2014). The efficacy and timing of Melodic Intonation Therapy in subacute aphasia. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(6), 536–544. <https://doi.org/10.1177/1545968313517753>

Yoo, G. E., & Kim, S. J. (2016). Rhythmic auditory cueing in motor rehabilitation for stroke patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 53(2), 149–177. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw003>

Strumenti di valutazione — validazioni e riferimenti psicometrici

Berg, K., Wood-Dauphinée, S., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suppl 2), S7–11.

Foderaro, G., Isella, V., Mazzone, A., Biglia, E., Di Gangi, M., Pasotti, F., Sansotera, F., Grobberio, M., Raimondi, V., Mapelli, C., Ferri, F., Impagnatiello, V., Ferrarese, C., & Appollonio, I. M. (2022). Brand new norms for a good old test: Northern Italy normative study of MiniMental State Examination. *Neurological Sciences*, 43(5), 3053–3063. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05845-4>

Goetz, C. G., Tilley, B. C., Shaftman, S. R., Stebbins, G. T., Fahn, S., Martinez-Martin, P., Poewe, W., Sampaio, C., Stern, M. B., Dodel, R., Dubois, B., Holloway, R., Jankovic, J., Kulisevsky, J., Lang, A. E., Lees, A., Leurgans, S., LeWitt, P. A., Nyenhuis, D., ... LaPelle, N. (2008). Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale presentation and clinimetric testing results. *Movement Disorders*, 23(15), 2129–2170. <https://doi.org/10.1002/mds.22340>

Kertesz, A. (2007). *Western Aphasia Battery — Revised*. PsychCorp.

- Lyle, R. C. (1981). A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. *International Journal of Rehabilitation Research*, 4(4), 483–492. <https://doi.org/10.1097/00004356-198112000-00001>
- Pirani, A., Nasreddine, Z., Neviani, F., Fabbo, A., Rocchi, M. B., Bertolotti, M., Tulipani, C., Galassi, M., Belvederi Murri, M., & Neri, M. (2022). MoCA 7.1: Multicenter validation of the first Italian version of Montreal Cognitive Assessment. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 6(1), 509–520. <https://doi.org/10.3233/ADR-210053>
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8(3), 271–276. <https://doi.org/10.2466/pms.1958.8.3.271>
- Rey, A. (1958). *L'examen clinique en psychologie*. Presses Universitaires de France.
- Wilson, B. A., Cockburn, J., & Baddeley, A. (2003). *The Rivermead Behavioural Memory Test* (2a ed., RBMT-II). Thames Valley Test Company.
- Zimmermann, P., & Fimm, B. (2002). *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)*. Psytest.

Capitolo 4

Il contesto sociosanitario

Nota metodologica: la collocazione nelle tre fasce non esprime un giudizio di qualità assoluta sul test, ma la sua utilità didattica e la probabilità che uno studente o un musicoterapeuta lo incontri realmente nei servizi socio-sanitari.

Nota operativa: conoscere uno strumento di valutazione non coincide con essere autorizzati a somministrarlo. Il ruolo del musicoterapeuta nei contesti socio-sanitari è saper leggere i profili valutativi dei colleghi, partecipare al ragionamento clinico condiviso e documentare i propri outcome con misure riconoscibili dall'équipe.

Premessa generale

Questo capitolo è dedicato al contesto socio-sanitario. Rispetto al capitolo riabilitativo — centrata su tre aree con obiettivi funzionali precisi e misure di outcome altrettanto precise — il contesto socio-sanitario presenta una maggiore **eterogeneità**: si va dalla residenza per anziani con demenza all'hospice oncologico, dal servizio psichiatrico di diagnosi e cura alla comunità terapeutica per le dipendenze, dal day hospital oncologico al centro per i disturbi del comportamento alimentare. La varietà dei setting corrisponde a una varietà di équipe, di linguaggi clinici, di strumenti di valutazione e di obiettivi terapeutici.

Le **sei aree** trattate in questo capitolo sono: geriatria e demenze, psichiatria (con focus sui quadri più frequenti nei servizi italiani), oncologia, cure palliative e hospice, dipendenze, disturbi del comportamento alimentare. Per ciascuna area vengono presentati il quadro clinico di riferimento, il contributo specifico della musicoterapia, gli strumenti di valutazione organizzati nelle tre fasce e le indicazioni per il lavoro in équipe.

Il contesto socio-sanitario: specificità e complessità

I contesti socio-sanitari condividono alcune caratteristiche che li distinguono dalla riabilitazione neurologica acuta. La **cronicità** è la regola, non l'eccezione: le persone con cui il musicoterapeuta lavora in questi setting convivono spesso con la propria condizione per anni o per tutta la vita. Gli obiettivi terapeutici sono frequentemente orientati alla **qualità della vita**, al **mantenimento** delle funzioni, alla **riduzione** della sofferenza, alla **partecipazione** sociale — più che al recupero di funzioni perdute.

Questo sposta il peso della valutazione: accanto agli strumenti clinici formali, acquistano importanza le **misure di benessere soggettivo**, le scale di qualità della vita, le misure di outcome rilevanti per la persona (patient-reported outcomes). Il musicoterapeuta deve saper leggere entrambi i livelli: quello oggettivo-clinico, che parla all'équipe medica e infermieristica, e quello soggettivo-esperienziale, che parla alla persona e alla sua famiglia.

Un elemento trasversale a tutti i contesti socio-sanitari è la dimensione **relazionale e affettiva** del lavoro musicoterapico. La musica non agisce solo su funzioni cognitive, motorie o linguistiche: agisce sull'identità, sulla memoria emotiva, sul senso di appartenenza, sulla dignità della persona. Queste

dimensioni sono difficili da misurare con strumenti standardizzati, ma non per questo sono meno reali o meno importanti. Il musicoterapeuta ha la responsabilità di trovare il modo di renderle visibili — anche attraverso narrazioni cliniche, osservazioni strutturate e misure di qualità della vita — senza ridurle a numeri che ne tradiscono la natura.

Conoscere gli strumenti senza appropriarsene

Il principio affermato nei capitoli precedenti vale con uguale forza in ambito socio-sanitario. Molti degli strumenti presentati in questo capitolo richiedono formazione specifica, titolo professionale abilitante o supervisione clinica dedicata per la somministrazione: le scale psichiatriche (PANSS, BPRS, e la HDRS o Hamilton Depression Rating Scale) richiedono competenza psichiatrica e clinica; le scale per la valutazione della demenza avanzata (FAST, SIB) richiedono conoscenza approfondita della neuropsicologia delle demenze; gli strumenti per la valutazione del rischio nei DCA (EDE-Q, EDI-3) richiedono formazione specialistica in psicologia clinica dei disturbi alimentari.

La competenza che questo volume intende costruire è di natura diversa: saper leggere un punteggio PANSS in una cartella psichiatrica, capire cosa significa uno stadio FAST 6 in una persona con Alzheimer avanzato, riconoscere la gravità di un BMI nella valutazione di una persona con anoressia. Questa competenza di lettura e di posizionamento clinico è la condizione per cui il musicoterapeuta può partecipare al ragionamento d'équipe come professionista, non come ospite.

Come leggere le tre fasce

Gli strumenti sono organizzati in tre fasce di priorità didattica:

- Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene: strumenti che il musicoterapeuta incontra con maggiore frequenza nelle équipe e nei referti di questi setting, e che è necessario saper leggere e contestualizzare.
- Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare: strumenti importanti ma più specialistici, che il musicoterapeuta deve saper nominare e collocare.
- Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia: presenti in contesti selettivi, utili per l'orientamento bibliografico e il dialogo con professionisti esperti.

1. Geriatria e demenze

Inquadramento clinico

La geriatria socio-sanitaria si occupa di persone anziane con bisogni complessi e multidominio: declino cognitivo, fragilità fisica, comorbidità multiple, dipendenza funzionale, isolamento sociale, dolore cronico e compromissione della qualità della vita. Il contesto prevalente è quello delle strutture residenziali (RSA, case di cura, nuclei Alzheimer) e dei servizi territoriali per anziani (centri diurni, assistenza domiciliare integrata).

Le **demenze** rappresentano la condizione più rilevante in questo contesto. La demenza di Alzheimer è la forma più frequente (60–70% dei casi), seguita dalla

demenza vascolare, dalla demenza a corpi di Lewy e dalla demenza frontotemporale. Queste condizioni si caratterizzano per un declino progressivo e irreversibile delle funzioni cognitive, con implicazioni profonde sull'identità, sulla comunicazione e sulla relazione. In fase avanzata, la comunicazione verbale si riduce o scompare, rendendo la musica — con la sua capacità di accedere a memorie implicite e a risposte emotive relativamente conservate — uno dei pochi canali di contatto affettivo ancora accessibili.

Accanto alle demenze, la geriatria socio-sanitaria include la gestione della depressione nell'anziano (frequentemente sotto-diagnosticata e sotto-trattata), dell'**ansia**, dell'**agitazione psicomotoria**, dei **disturbi del sonno** e dei **sintomi comportamentali e psicologici** della demenza (BPSD). Questi sintomi — wandering, agitazione, apatia, disinibizione, allucinazioni — sono spesso la principale fonte di sofferenza per le persone e di carico per i caregiver, e rappresentano un target diretto degli interventi musicoterapici.

Il contributo della musicoterapia in geriatria e nelle demenze

La letteratura sull'efficacia della musicoterapia nelle demenze è tra le più consistenti dell'intero campo, ed è anche la più facile da riferire male. La revisione Cochrane di van der Steen e colleghi (2025) documenta effetti sui **sintomi depressivi** e, con minore certezza, sui **disturbi comportamentali complessivi** — i BPSD: agitazione, aggressività, vagabondaggio, apatia, disturbi del sonno. Sul singolo bersaglio dell'**agitazione**, però, quella stessa revisione **non trova effetti**: chi costruisce un obiettivo su quel bersaglio deve appoggiarsi agli studi che individualizzano la musica sulla biografia della persona (Ridder et al., 2013), non alla Cochrane. È una distinzione che vale la pena tenere a mente prima di scrivere un progetto, perché l'agitazione è il bersaglio che i committenti chiedono per primo. Sugli altri esiti — cognizione, comunicazione, interazione sociale — le prove sono più fragili di quanto la pratica lasci sperare: gli strumenti di questo capitolo servono a misurarle caso per caso, non a darle per acquisite.

Il meccanismo fondante è la relativa **conservazione** della memoria musicale implicita e della memoria autobiografica legata alla musica nelle demenze degenerative: anche persone con grave compromissione della memoria episodica recente possono riconoscere brani significativi della propria vita, cantarne le parole, rispondere emotivamente alle loro caratteristiche sonore. Questo non è nostalgia: è l'accesso a un sistema di memoria — quello procedurale-implicito e quello autobiografico-emotivo — che la malattia risparmia più a lungo rispetto alla memoria esplicita.

Il musicoterapeuta in geriatria opera in stretta collaborazione con il medico geriatra, l'infermiere, il coordinatore assistenziale, lo psicologo (quando presente) e — crucialmente — con i caregiver familiari. La formazione dei familiari all'uso della musica come strumento di relazione quotidiana è uno degli interventi a maggiore impatto ecologico.

Strumenti di valutazione — geriatria e demenze

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

MMSE — Mini-Mental State Examination. Screening cognitivo globale essenziale in geriatria. Il musicoterapeuta deve saper leggere il punteggio

MMSE (corretto per età e scolarità) per orientare la complessità delle proposte: un MMSE di 22 implica capacità diverse da un MMSE di 12. In demenza avanzata (MMSE < 10) gli strumenti di screening globale perdono sensibilità e vengono sostituiti da scale specifiche per stadi avanzati.

CDR — Clinical Dementia Rating. Scala di staging della demenza che valuta 6 domini: memoria, orientamento, giudizio e problem solving, attività sociali, casa e hobby, cura personale. Ogni dominio riceve un punteggio (0=normale, 0.5=dubbia, 1=lieve, 2=moderata, 3=grave) e il punteggio globale CDR caratterizza lo stadio complessivo. Molto usata in neurologia e geriatria. Indispensabile per capire il livello funzionale della persona con demenza.

GDS-IT — Geriatric Depression Scale — versione italiana. Screening della depressione specifico per l'anziano, con item semplici e risposta dicotomica che evita i confondenti somatici. Versioni a 30, 15 e 5 item. Fondamentale perché la depressione nell'anziano è spesso sotto-diagnosticata e si sovrappone al declino cognitivo con conseguenze sul funzionamento e sulla qualità della vita.

NPI — Neuropsychiatric Inventory. Valuta la frequenza e la gravità di 12 sintomi comportamentali e psicologici nelle demenze (BPSD): deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno, alterazioni dell'appetito. Compilato dall'informante (caregiver o operatore). È lo strumento di riferimento per i BPSD, che sono il target primario di molti interventi musicoterapici.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

MoCA — Montreal Cognitive Assessment. Più sensibile dell'MMSE nelle fasi iniziali e moderata di demenza. In geriatria il musicoterapeuta incontra spesso entrambi gli strumenti: il MoCA nelle valutazioni più recenti e in persone con declino lieve-moderato, l'MMSE nelle cartelle storiche o nei contesti con meno risorse di valutazione.

FAST — Functional Assessment Staging Test. Scala di staging funzionale della malattia di Alzheimer in 7 stadi principali (con sotto-stadi per il 6° e 7°). A differenza del CDR e dell'MMSE, il FAST è specificamente progettato per descrivere la progressione in fasi avanzate, quando altri strumenti perdono sensibilità. Stadio 7 (incapacità di deambulare, parlare, sorridere) è il punto di arrivo della traiettoria. Il musicoterapeuta in nucleo Alzheimer deve conoscerlo per calibrare l'intervento sulle capacità residue reali.

CMAI — Cohen-Mansfield Agitation Inventory. Misura la frequenza di 29 comportamenti agitati nelle persone con demenza: aggressività fisica e verbale, agitazione non aggressiva. Compilato dall'operatore che conosce bene la persona. È uno degli outcome più usati negli studi di efficacia della musicoterapia nelle demenze. Il musicoterapeuta che vuole documentare la riduzione dell'agitazione post-intervento deve conoscerlo.

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) — Scala di Cornell per la depressione nella demenza. Valuta la depressione in persone con demenza attraverso l'osservazione del clinico e un'intervista al caregiver. A differenza della GDS (che richiede la collaborazione della persona), la Cornell può essere usata anche in fasi avanzate di malattia. 19 item in 5 aree: umore, disturbi comportamentali, segni fisici, funzioni cicliche, disturbi del pensiero.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

SIB — Severe Impairment Battery. Batteria neuropsicologica sviluppata specificamente per la valutazione cognitiva in fasi avanzate di demenza (MMSE < 10), quando gli strumenti standard non sono più applicabili. Valuta attenzione, orientamento, linguaggio, memoria, abilità visuospatiali, costruzione, orientamento alla persona. Il musicoterapeuta può incontrare risultati SIB nelle cartelle delle persone in nucleo Alzheimer avanzato.

Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) — Qualità di vita nella malattia di Alzheimer. Misura la qualità di vita soggettiva della persona con demenza in 13 aree: salute fisica, energia, umore, situazione abitativa, memoria, famiglia, matrimonio, amici, sé in generale, capacità di fare le faccende, capacità di fare cose per divertimento, denaro, vita in generale. Prevede sia la versione compilata dalla persona che quella compilata dal caregiver.

Indicazioni per l'équipe: Il musicoterapeuta in geriatria e nelle demenze si raccorda principalmente con il medico geriatra, il coordinatore infermieristico e lo psicologo (quando presente). Il NPI è lo strumento centrale: i punteggi di agitazione, apatia e depressione sono i target più documentati degli interventi musicoterapici. Prima di avviare un intervento strutturato, è buona prassi raccogliere il NPI di baseline in collaborazione con l'operatore più presente (spesso l'operatore socio-sanitario, l'OSS, o l'infermiere). Documentare i cambiamenti con lo stesso strumento dopo 4–6 settimane di intervento è il modo più rigoroso per rendere visibile l'efficacia del lavoro. In assenza del NPI, anche la semplice osservazione strutturata dell'agitazione (ore di agitazione, episodi per turno) può fornire una misura di outcome comprensibile per l'équipe.

2. Psichiatria

Inquadramento clinico e setting italiani

La psichiatria italiana è organizzata in un sistema di servizi articolato su più livelli: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), che gestisce le fasi acute con ricovero ospedaliero breve; il Centro di Salute Mentale (CSM), che eroga ambulatoriale, presa in carico territoriale e programmi riabilitativi; le strutture residenziali e semi-residenziali (comunità terapeutiche, gruppi appartamento, centri diurni), che supportano il percorso riabilitativo e di reinserimento sociale delle persone con disturbi mentali gravi.

I quadri clinici più frequenti nei servizi italiani di salute mentale — e quindi più probabilmente incontrati dal musicoterapeuta — sono: la **schizofrenia** e gli altri **disturbi psicotici** (che costituiscono la quota principale del carico assistenziale dei CSM e delle strutture residenziali), il **disturbo bipolare**, la **depressione maggiore** (in tutte le sue forme di gravità), i **disturbi d'ansia** (disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, PTSD) e i **disturbi di personalità** (in particolare il disturbo borderline di personalità, frequente nei servizi residenziali).

Il musicoterapeuta in psichiatria non è una figura rara: molti dei servizi residenziali e semi-residenziali italiani prevedono la musicoterapia come attività strutturata nell'ambito del progetto terapeutico individuale. Il contesto, tuttavia, richiede una preparazione specifica: la psicopatologia è complessa, le dinamiche relazionali sono spesso intense, e il rischio di attivare materiale

emotivo destabilizzante è reale. Il lavoro in psichiatria richiede una supervisione clinica continuativa e un raccordo costante con il team psichiatrico.

Il contributo della musicoterapia in psichiatria

La letteratura sull'efficacia della musicoterapia in psichiatria è cresciuta significativamente negli ultimi due decenni. La meta-analisi di Gold e collaboratori (2009) documenta una relazione tra numero di sedute ed effetti su sintomi e funzionamento nelle persone con disturbi mentali gravi; la revisione Cochrane sulla schizofrenia (Geretsegger et al., 2017) documenta, con certezza da moderata a bassa, effetti su stato globale, sintomi negativi, funzionamento sociale e qualità della vita — con la riserva che gli autori stessi dichiarano: gli effetti non sono coerenti fra gli studi e dipendono dal numero di sedute e dalla qualità della musicoterapia offerta. Effetti specifici sono stati documentati sulla riduzione dei sintomi negativi della schizofrenia (apatia, alogia, appiattimento affettivo), sull'umore nella depressione e sull'ansia.

La musica in psichiatria opera a **diversi livelli**. Come **esperienza non verbale**, offre un canale di comunicazione ed espressione accessibile anche a persone con grave compromissione della comunicazione verbale o con difese molto rigide nei confronti della relazione diretta. Come **struttura temporale condivisa**, offre un'esperienza di regolazione ritmica dell'arousal che può essere particolarmente utile in contesti di iperattivazione (mania, ansia acuta) o di ipoattivazione (stati depressivi profondi, sintomi negativi). Come **memoria autobiografica**, può facilitare il contatto con risorse identitarie e con esperienze di piacere in contesti di profonda anedonia.

Va detto con chiarezza che la musicoterapia in psichiatria **non è psicoterapia** e non si sostituisce al trattamento farmacologico o psicoterapeutico. Si inserisce come intervento complementare nell'ambito di un progetto terapeutico globale, con obiettivi specifici concordati con l'équipe psichiatrica.

Strumenti di valutazione — psichiatria

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale. Scala di valutazione psichiatrica breve (18–24 item a seconda della versione) che misura la gravità dei sintomi psichiatrici in 5 cluster: sintomi positivi (allucinazioni, idee di riferimento, pensiero disorganizzato), sintomi negativi (appiattimento affettivo, ritiro emotivo), ansia-depressione, attivazione, ostilità-sospettosità. Punteggi 1–7 per item. È lo strumento di screening più usato nei contesti psichiatrici acuti e residenziali.

PHQ-9 / GAD-7 — Patient Health Questionnaire-9 / Generalized Anxiety Disorder-7. Strumenti di screening per depressione e ansia già incontrati nel capitolo sul contesto preventivo. In psichiatria vengono usati sia per il monitoraggio longitudinale di persone con depressione e ansia, sia come misure di outcome negli interventi non farmacologici. Il musicoterapeuta deve saper leggere i punteggi e capire la soglia di gravità clinica.

GAF — Global Assessment of Functioning. Scala 1–100 che valuta il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo globale della persona con disturbo psichiatrico. Parte dell'asse V del DSM-IV, rimasta d'uso clinico diffuso anche dopo il passaggio al DSM-5. È la misura di funzionamento globale più

presente nelle cartelle psichiatriche italiane. Un GAF di 40 descrive una condizione molto diversa da un GAF di 65.

HoNOS — Health of the Nation Outcome Scales. 12 scale che valutano problemi di comportamento, deterioramento cognitivo, problemi fisici, sintomi psichiatrici, problemi sociali e di funzionamento. Molto usate nei CSM e nelle strutture residenziali per il monitoraggio periodico. In molte regioni italiane è uno strumento obbligatorio di registrazione dell'outcome nei servizi di salute mentale.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale. Scala di valutazione dei sintomi della schizofrenia in 30 item organizzati in tre sottoscale: sintomi positivi (7 item), sintomi negativi (7 item), psicopatologia generale (16 item). È lo strumento di riferimento negli studi clinici sulla schizofrenia e nei setting specialistici. Richiede intervista clinica semistrutturata e formazione alla somministrazione.

HDRS / HAM-D — Hamilton Depression Rating Scale. Scala clinician-administered per la valutazione della gravità della depressione. Versioni a 17, 21 e 24 item. Misura umore depresso, senso di colpa, ideazione suicidaria, insonnia, agitazione, sintomi somatici. È lo strumento di riferimento negli studi clinici sulla depressione e in molti contesti specialistici. Il musicoterapeuta deve saperla riconoscere nei referti.

STAI — State-Trait Anxiety Inventory. Misura separatamente l'ansia di stato (come mi sento adesso) e l'ansia di tratto (come mi sento di solito). Due sottoscale di 20 item ciascuna. Molto usata in ricerca e in contesti clinici per monitorare le variazioni d'ansia nel tempo. Utile come misura di outcome pre-post in interventi musicoterapici orientati alla riduzione dell'ansia.

MANSA — Manchester Short Assessment of Quality of Life. Misura breve (16 item) della qualità di vita soggettiva in persone con disturbi mentali gravi. Valuta soddisfazione per vita lavorativa, situazione economica, amicizie, relazioni intime, condizioni abitative, sicurezza personale, salute fisica e psicologica. Molto usata nei CSM e nelle comunità terapeutiche italiane.

RAS — Recovery Assessment Scale. 41 item autocompilati che misurano la recovery come la vede la persona, non la gravità dei sintomi: fiducia e speranza in sé, disponibilità a chiedere aiuto, orientamento agli obiettivi, capacità di contare sugli altri, non essere dominati dai sintomi. È lo strumento di riferimento quando il progetto è orientato alla recovery, ed è validato in italiano. Da non confondere con l'altra RAS, la stimolazione ritmica uditiva della musicoterapia neurologica.

WHOQOL-BREF — World Health Organization Quality of Life, versione breve. I 26 item con cui l'OMS misura la qualità della vita in quattro domini — salute fisica, stato psicologico, relazioni sociali, ambiente. Autocompilato, validato in italiano, utilizzabile in qualunque contesto: è la misura di qualità della vita che permette di confrontare progetti condotti in servizi diversi.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

SANS / SAPS — Scale for Assessment of Negative/Positive Symptoms. Strumenti specialistici per la valutazione analitica dei sintomi negativi e positivi

della schizofrenia. La SANS valuta apatia, alogia, appiattimento affettivo, anedonia, disturbi dell'attenzione. Richiede valutatore esperto in psicopatologia. Il musicoterapeuta può trovarne i risultati nei referti di persone con schizofrenia in contesti specialistici.

PCL-5 — PTSD Checklist for DSM-5. Questionario self-report per la valutazione dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico secondo i criteri DSM-5. 20 item in 4 cluster: intrusioni, evitamento, alterazioni cognitive e dell'umore, iperarousal. Rilevante nei contesti psichiatrici che accolgono persone con trauma complesso.

***Indicazioni per l'équipe:** Il musicoterapeuta in psichiatria si raccorda con lo psichiatra responsabile del caso, con lo psicologo e con il coordinatore del team. Il progetto terapeutico individuale (PTI) è il documento di riferimento: gli obiettivi della musicoterapia devono essere inseriti nel PTI e raccordati con gli altri interventi. Il GAF e l'HoNOS sono le misure di outcome più accessibili per documentare i cambiamenti nel funzionamento globale. Per gli interventi specificamente orientati alla riduzione dei sintomi negativi o dell'ansia, BPRS, PANSS (sottoscala negativa) e STAI sono le misure più appropriate. Attenzione però al caso opposto, che in salute mentale è il più frequente: se il progetto è orientato alla recovery — connessione, speranza, identità, senso, potere personale — nessuna delle scale di questo capitolo misura ciò che il progetto si propone, e usarle lo contraddirebbe. In quel caso l'esito va cercato altrove: nella RAS e nel WHOQOL-BREF, che sono in fascia 2 e hanno la loro scheda nel glossario di questo capitolo, negli indicatori di partecipazione costruiti su misura e nelle fonti qualitative. L'appendice D di "Progettare" le rimette in fila accanto agli strumenti degli altri contesti. Fondamentale: in SPDC, ogni seduta deve essere preceduta da un briefing con l'infermiere o il medico di turno per verificare lo stato clinico delle persone. Il musicoterapeuta non valuta autonomamente la capacità della persona di partecipare: questa valutazione spetta al clinico.*

3. Oncologia

Inquadramento clinico

L'oncologia è uno degli ambiti in cui la musicoterapia ha la documentazione di efficacia più **solida** e più antica. La malattia oncologica impatta la persona a livelli multipli e simultanei: il dolore fisico (da malattia, da procedure, da effetti collaterali dei trattamenti), l'ansia anticipatoria (prima delle procedure, dei risultati, delle ricadute), la depressione, l'alterazione dell'immagine corporea, la fatica da cancro (cancer-related fatigue), la nausea da chemioterapia, e — in modo profondo — la minaccia all'identità e al senso della propria vita.

I setting oncologici in cui il musicoterapeuta può operare sono molto diversi tra loro: il **day hospital** per la chemioterapia ambulatoriale, il **reparto** di degenza oncologica acuta, **l'unità di terapia del dolore**, il **contesto pediatrico oncologico** (con le sue specificità legate allo sviluppo e alla famiglia), e — al confine con le cure palliative — **l'oncologia** in fase avanzata di malattia. Ciascun setting ha caratteristiche proprie in termini di durata degli interventi, tipologia della persona, obiettivi terapeutici prioritari e composizione dell'équipe.

In oncologia pediatrica, la musicoterapia ha un ruolo particolarmente documentato nella **riduzione del distress procedurale** (prelievi, accessi venosi, punture lombari) e nella **gestione dell'ospedalizzazione prolungata**. Il bambino sottoposto a trattamento oncologico affronta non solo la malattia ma una discontinuità profonda rispetto alla propria vita normale: la scuola, gli amici, il gioco, la famiglia. La musicoterapia può offrire un'esperienza di normalità, di

gioia e di espressione di sé che ha un valore terapeutico specifico, non riducibile alla sola gestione dei sintomi.

Il contributo della musicoterapia in oncologia

La revisione Cochrane di Bradt e colleghi (2021) — la più estesa sull'argomento, con 81 studi randomizzati e 5.576 partecipanti — documenta effetti degli interventi musicali sull'ansia, sul dolore, sulla fatica e sulla qualità della vita nelle persone con malattia oncologica. L'effetto sull'ansia è il più ampio: una riduzione media di 7,73 punti sulla scala di Spielberger (STAI). Ma gli autori stessi graduano la certezza di quella stima come molto bassa, e quella sulla fatica come bassa: sono effetti promettenti su prove ancora fragili, ed è esattamente così che vanno presentati in un progetto.

La musica agisce in oncologia attraverso meccanismi multipli: la **distrazione cognitiva** (riduzione dell'attenzione agli stimoli dolorosi e ansiogeni), la **modulazione neurochimica dell'ansia e del dolore** (rilascio di oppioidi endogeni, dopamina, riduzione del cortisolo), il **supporto** all'identità e al senso di continuità biografica attraverso la musica autobiograficamente significativa, e la creazione di un contesto relazionale caldo e significativo in un ambiente spesso percepito come ostile e disumanizzante.

Il musicoterapeuta in oncologia lavora in équipe con l'oncologo, l'infermiere oncologico, lo psicologo oncologico (quando presente), il medico del dolore, il fisioterapista e — in ambito pediatrico — con l'educatore e l'insegnante ospedaliero. La documentazione degli outcome con misure riconoscibili dall'équipe oncologica è particolarmente importante in questo contesto, dove la cultura della medicina basata sulle evidenze è molto forte.

Strumenti di valutazione — oncologia

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

NRS / VAS — Numerical Rating Scale / Visual Analogue Scale per il dolore. Le scale di valutazione del dolore sono il linguaggio universale in oncologia. La NRS (0-10 numerica) e la VAS (linea analogica di 10 cm) devono essere usate sistematicamente come misure pre-post seduta ogni volta che il dolore è un obiettivo clinico. Semplici, rapide, universalmente riconosciute dall'équipe oncologica.

STAI — State-Trait Anxiety Inventory. Misura dell'ansia di stato e di tratto. In oncologia è particolarmente utile la sottoscala di stato (STAI-S) come misura pre-post procedurale o pre-post seduta. È uno degli strumenti più usati negli studi di efficacia della musicoterapia in oncologia.

FACT-G — Functional Assessment of Cancer Therapy — General. Misura della qualità di vita specifica per il cancro in 4 domini: benessere fisico, benessere familiare-sociale, benessere emotivo, benessere funzionale. 27 item, scala Likert a 5 punti. Versione base dalla quale derivano le versioni specifiche per tipo di tumore (FACT-B per il seno, FACT-L per il polmone, ecc.). Il musicoterapeuta deve saperla leggere per capire in quale dominio la persona manifesta la maggiore sofferenza.

FLACC (età evolutiva) — Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale. Scala osservativa per il dolore procedurale in bambini che non possono comunicarlo

verbalmente. Fondamentale in oncologia pediatrica per documentare la riduzione del distress durante procedure invasive in sedute di musicoterapia.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

BPI — Brief Pain Inventory. Valuta intensità del dolore (peggiore, minore, medio, attuale su NRS 0–10) e interferenza su 7 attività quotidiane. Fornisce un quadro più completo della sola intensità. Molto usato in oncologia per monitorare l'impatto funzionale del dolore e la risposta ai trattamenti analgesici e non farmacologici.

HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale. Sviluppata specificamente per contesti medici, evita item somatici che nelle persone con malattia oncologica potrebbero essere confusi con sintomi della malattia. 14 item in due sottoscale (ansia e depressione, 7 item ciascuna). Molto usata in oncologia per il monitoraggio dell'umore. Soglia clinicamente rilevante: ≥ 8 per ciascuna sottoscala.

MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory. Valuta la fatica in 5 dimensioni: fatica generale, fatica fisica, ridotta attività, ridotta motivazione, fatica mentale. 20 item, scala Likert a 5 punti. La fatigue oncologica è uno dei sintomi più debilitanti e meno trattati: la musicoterapia ha mostrato effetti positivi su questa dimensione in diversi studi.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

ESAS — Edmonton Symptom Assessment System. Valuta 9 sintomi comuni in oncologia (dolore, fatica, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, benessere, dispnea) su scala NRS 0–10. Rapido (2–3 minuti), usato routinariamente in molti reparti oncologici e di cure palliative. Fornisce un profilo sintetico dei sintomi della persona.

MDAS — Memorial Delirium Assessment Scale. Scala per la valutazione del delirium in persone con malattia oncologica ospedalizzate. 10 item che valutano riduzione del livello di coscienza, disorientamento, deterioramento della memoria a breve termine, disturbi percettivi, pensiero disorganizzato, agitazione psicomotoria. Rilevante per il musicoterapeuta che lavora in contesti oncologici acuti.

***Indicazioni per l'équipe:** Il musicoterapeuta in oncologia si raccorda con l'oncologo, l'infermiere di reparto o di day hospital e, quando presente, con lo psicologo oncologico. Le misure di outcome da documentare sistematicamente sono: NRS/VAS per il dolore prima e dopo ogni seduta; STAI-S (o misura analoga) per l'ansia. Queste misure semplici, raccolte e archiviate nel tempo, costruiscono progressivamente la base documentale per la giustificazione dell'intervento musicoterapico nel piano di cura. In oncologia pediatrica, il raccordo con i genitori e con l'educatore ospedaliero è essenziale: il bambino non è mai separato dal suo sistema familiare, e l'efficacia dell'intervento dipende anche dalla coerenza dell'approccio tra le diverse figure di cura.*

4. Cure palliative e hospice

Inquadramento clinico

Le cure palliative si rivolgono a persone con malattia avanzata, progressiva e non guaribile — oncologica e non oncologica (insufficienza cardiaca, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva avanzata BPCO, demenza terminale, malattie

neurologiche progressive) — con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita della persona e della sua famiglia attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza. L'hospice è la struttura residenziale dedicata alle cure palliative per persone in fase terminale con aspettativa di vita limitata (tipicamente < 6 mesi). In cure palliative la valutazione clinica cambia natura rispetto agli altri contesti sanitari: non si tratta di **misurare un recupero** o un miglioramento funzionale, ma di **rilevare la sofferenza** nella sua complessità — fisica, psicologica, sociale e spirituale (il concetto di total pain di Cicely Saunders) — e di monitorare l'efficacia degli interventi palliativi nel ridurla. La qualità della morte — dying well — è un obiettivo clinico legittimo e riconosciuto.

Il musicoterapeuta in cure palliative si trova a lavorare in uno dei contesti più intensi e significativi dell'intera pratica professionale. La musica, in questo contesto, non è uno strumento di recupero: è un **mezzo** di presenza, di conforto, di comunicazione quando le parole diventano difficili, di elaborazione del congedo. Il lavoro musicoterapico in hospice tocca dimensioni esistenziali profonde — il senso della vita, la spiritualità, il lutto — che richiedono una maturità clinica e personale specifica.

Il contributo della musicoterapia in cure palliative

Su questo terreno la prova va riferita con cautela, e conviene sapere perché. La revisione Cochrane dedicata al fine vita è stata **ritirata nel 2014** e la sua sostituta è ancora attesa: il protocollo è stato pubblicato nel dicembre 2025. La sintesi migliore oggi disponibile è una meta-analisi di undici studi controllati e randomizzati su 969 persone, che documenta una riduzione del dolore (SMD -0,44) e un miglioramento della qualità della vita (SMD 0,61), con effetti favorevoli anche su ansia, depressione e funzione emotiva; **su stato fisico, affaticamento e funzione sociale non emergono differenze** (Gao et al., 2019). Sulla dispnea — che pure è un sintomo centrale in fase terminale — quella meta-analisi non si pronuncia: chi la include fra gli esiti attesi di un progetto lo sta facendo senza una sintesi che lo sostenga. Restano poi, non misurabili con quelle scale e non per questo meno reali, la riduzione dell'isolamento emotivo e il supporto all'elaborazione esistenziale. Un aspetto specifico delle cure palliative è il lavoro con la **famiglia** e con il **lutto**: la musicoterapia può supportare i familiari durante il processo del morire e nel lutto post-mortem, sia attraverso la presenza nelle sedute che attraverso la creazione di legacy projects (registrazioni, canzoni dedicate, lettere musicali) che rimangono come memoria dopo la morte della persona.

In questo contesto è particolarmente rilevante il concetto di **music-thanatology**, sviluppato da Therese Schroeder-Sheker, che usa la musica dal vivo (arpa e voce) come accompagnamento al processo del morire — una pratica che richiede una formazione specifica ma che illumina la dimensione più profonda del lavoro musicoterapico in fine vita.

Strumenti di valutazione — cure palliative e hospice

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

ESAS — Edmonton Symptom Assessment System. In cure palliative è lo strumento di valutazione dei sintomi più usato, talvolta in versione modificata (ESAS-r). Valuta dolore, fatica, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito,

benessere generale, dispnea più un sintomo aggiuntivo scelto dalla persona. Rapido, flessibile, accettato anche da persone molto debilitate. Il musicoterapeuta deve saper leggere il profilo ESAS e raccordare i propri interventi con i sintomi prioritari.

NRS / VAS — Numerical Rating Scale / Visual Analogue Scale. Come in oncologia, le scale del dolore sono il linguaggio universale. In hospice il dolore è spesso multi-dimensionale (fisico, psicologico, esistenziale) e richiede un approccio integrato. Il musicoterapeuta deve documentare sistematicamente i livelli di dolore prima e dopo ogni seduta.

PPS — Palliative Performance Scale. Misura il livello di performance funzionale in persone in cure palliative in 11 livelli (da 100%=normale a 0%=morte), valutando deambulazione, attività e evidenza di malattia, cura di sé, assunzione di cibo, livello di coscienza. È lo strumento di staging funzionale più usato in hospice. Un PPS del 30% implica capacità molto diverse da un PPS del 70%: il musicoterapeuta deve saperlo leggere per calibrare durata, intensità e formato dell'intervento.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

FACIT-Sp — Functional Assessment of Chronic Illness Therapy — Spiritual Well-Being. Misura il benessere spirituale in 12 item organizzati in due fattori: pace/significato (senso di pace interiore, senso della vita) e fede (supporto della fede religiosa). Rilevante in cure palliative dove la dimensione spirituale è spesso al centro della sofferenza della persona. Non è uno strumento religioso: misura la dimensione esistenziale in senso ampio.

HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale. Come in oncologia, utile per il monitoraggio di ansia e depressione in persone in cure palliative. In hospice va usata con sensibilità: alcune domande sull'umore e sulla perdita di interesse possono essere appropriate risposte all'imminenza della morte, non necessariamente segni di patologia trattabile.

Misure di qualità della vita specifica per le cure palliative (EORTC QLQ-C15-PAL) — EORTC Quality of Life Questionnaire — versione per le cure palliative. Versione ridotta a 15 item dell'EORTC QLQ-C30, sviluppata specificamente per persone in fase avanzata di malattia. Valuta funzionamento fisico, funzionamento emotivo, fatigue, dolore, nausea, dispnea, insonnia, costipazione, perdita di appetito, qualità di vita globale.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

QUAL-E — Quality of Life at End of Life. Misura la qualità di vita nelle ultime settimane di vita in 5 dimensioni: completezza della vita, relazioni con il provider, preparazione alla morte, soddisfazione delle cure, qualità di vita globale. Usato prevalentemente in ricerca sulle cure palliative.

Bereavement risk assessment tools — Strumenti per la valutazione del rischio di lutto complicato nei familiari. Strumenti usati dai team di cure palliative per identificare i familiari a maggior rischio di lutto complicato dopo la morte della persona. Il musicoterapeuta che lavora con le famiglie in hospice deve conoscerne l'esistenza e il significato.

Indicazioni per l'équipe: Il musicoterapeuta in cure palliative si raccorda con il medico

palliativista, l'infermiere, lo psicologo e — dove presente — il cappellano o la figura spirituale di riferimento. L'ESAS è lo strumento di comunicazione dei sintomi più usato: leggere e usare il profilo ESAS è il modo più diretto per inserire il proprio lavoro nel piano di cura palliativo. Il PPS orienta la calibrazione dell'intervento (durata, intensità, formato). In hospice, la documentazione dell'intervento deve tenere conto della dimensione esistenziale e relazionale del lavoro, non solo dei parametri sintomatologici: narrative cliniche, note di seduta descrittive e, quando appropriate, misure di benessere spirituale (FACIT-Sp) sono strumenti complementari indispensabili.

5. Dipendenze

Inquadramento clinico

I disturbi da uso di sostanze (alcol, oppioidi, stimolanti, cannabinoidi, sedativi) e le dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico, dipendenza da internet e da videogiochi) rappresentano una delle aree di maggiore complessità clinica e sociale nella medicina contemporanea. In Italia, il sistema dei SerD (Servizi per le Dipendenze Patologiche) rappresenta il principale punto di accesso al trattamento, con una rete che include ambulatori, comunità terapeutiche residenziali e gruppi di auto-mutuo aiuto.

La dipendenza è oggi concettualizzata come un disturbo neurobiologico cronico della regolazione del sistema di ricompensa, con una componente di compulsività, di perdita del controllo e di persistenza nonostante le conseguenze negative. Questo **modello biopsicosociale** implica che il trattamento efficace deve agire simultaneamente sulla dimensione biologica (farmacologica), psicologica (motivazionale, cognitivo-comportamentale, relazionale) e sociale (reinserimento, reti di supporto).

Le persone con dipendenza presentano frequentemente **comorbidità psichiatriche** (doppia diagnosi): depressione, ansia, PTSD, disturbi di personalità. Questa complessità richiede un approccio integrato e un'équipe multidisciplinare (medico delle dipendenze, psicologo, educatore professionale, assistente sociale) di cui il musicoterapeuta può far parte in contesti residenziali strutturati.

Il contributo della musicoterapia nelle dipendenze

La musicoterapia nelle dipendenze opera principalmente come strumento di **supporto** alla regolazione emotiva, all'espressione di sé e alla costruzione di risorse identitarie alternative alla sostanza. Il craving — il desiderio compulsivo di usare la sostanza — è spesso innescato da stati emotivi negativi (noia, tristezza, ansia, frustrazione) che la sostanza attenua temporaneamente. La musica può offrire un'esperienza alternativa di modulazione di questi stati, costruendo progressivamente un repertorio di strategie di coping non chimiche.

In **ambito motivazionale**, la musica autobiograficamente significativa può essere usata per facilitare il contatto con il sé pre-dipendenza, con i valori personali e con le risorse identitarie che la dipendenza ha progressivamente eroso. Questo lavoro ha un'affinità con l'approccio del colloquio motivazionale, e può essere integrato con esso in un progetto terapeutico coerente.

La ricerca sulla musicoterapia nelle dipendenze è meno sviluppata rispetto ad altri ambiti, ma i dati disponibili suggeriscono effetti positivi sulla riduzione dell'ansia, sul miglioramento dell'umore, sull'aumento della motivazione al

cambiamento e sulla qualità delle relazioni nel contesto terapeutico. Il lavoro di gruppo — tipico di molti interventi di musicoterapia nelle comunità terapeutiche — ha una valenza aggiuntiva: offre un'esperienza di cooperazione, ascolto reciproco e costruzione di fiducia che è terapeuticamente rilevante in persone con frequente compromissione delle relazioni interpersonali.

Strumenti di valutazione — dipendenze

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

AUDIT — Alcohol Use Disorders Identification Test. 10 item per la valutazione del consumo problematico di alcol e per la diagnosi di dipendenza da alcol. Sviluppato dall'OMS, validato in italiano, di libero accesso. Misura frequenza e quantità del consumo, sintomi di dipendenza e conseguenze. Uno degli strumenti di screening più usati nei SerD e in medicina generale. Il musicoterapeuta deve saperlo leggere per capire il livello di compromissione della persona che ha in cura.

DAST-10 — Drug Abuse Screening Test — 10 item. Screening per il consumo problematico di droghe (non alcol). 10 item con risposta sì/no, punteggio 0-10. Corrisponde funzionalmente all'AUDIT ma per le droghe. Spesso usato in coppia con l'AUDIT nei SerD e nelle comunità terapeutiche.

PHQ-9 / GAD-7 — Patient Health Questionnaire-9 / Generalized Anxiety Disorder-7. Come negli altri contesti, questi strumenti di screening per depressione e ansia sono fondamentali nelle dipendenze per la valutazione e il monitoraggio della doppia diagnosi. La comorbidità depressiva e ansiosa è la regola più che l'eccezione nei disturbi da uso di sostanze.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

ASI — Addiction Severity Index. Intervista strutturata multidimensionale che valuta la gravità dei problemi legati alla dipendenza in 7 aree: stato di salute fisica, uso di alcol, uso di droghe, condizioni legali, funzionamento familiare e sociale, condizioni psicologiche, occupazione e supporto economico. È lo strumento di assessment più usato nei SerD italiani per la presa in carico. Il musicoterapeuta deve conoscerlo per capire il profilo complessivo della persona.

SOCRATES — Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. Misura la motivazione al cambiamento in 19 item che valutano tre dimensioni: riconoscimento del problema, ambivalenza, intraprendenza al cambiamento. Basato sul modello transteorico di Prochaska. Rilevante per il musicoterapeuta che vuole allineare i propri obiettivi al livello motivazionale della persona.

MANSA — Manchester Short Assessment of Quality of Life. Come in psichiatria, misura la qualità di vita soggettiva in persone con disturbi cronici complessi. Rilevante nelle comunità terapeutiche per il monitoraggio del benessere percepito nel corso del trattamento.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

PGSI — Problem Gambling Severity Index. Screening per il gioco d'azzardo patologico in 9 item. Usato nelle unità specialistiche per le dipendenze comportamentali. Rilevante per il musicoterapeuta che lavora in SerD con utenza che include giocatori patologici.

Craving Visual Analogue Scale — Scala analogica visiva per la misurazione del craving. Misura l'intensità del desiderio di usare la sostanza su scala analogica visiva. Semplice e sensibile alle variazioni nel breve termine. Utile come misura pre-post seduta per documentare l'effetto della musicoterapia sul craving.

***Indicazioni per l'équipe:** Il musicoterapeuta nelle dipendenze si raccorda con il medico delle dipendenze, lo psicologo e l'educatore professionale. L'ASI fornisce il profilo multidimensionale di ingresso; il SOCRATES orienta sul livello motivazionale. Gli obiettivi musicoterapici devono essere coerenti con la fase del percorso terapeutico: in fase di disintossicazione precoce, l'obiettivo sarà la riduzione dell'ansia e la gestione del craving; in fase di riabilitazione, la costruzione di risorse identitarie e relazionali. PHQ-9 e GAD-7 sono le misure di outcome più accessibili per documentare i cambiamenti sul versante della doppia diagnosi. La Craving VAS è una misura semplice e immediata da raccogliere sistematicamente prima e dopo ogni seduta.*

6. Disturbi del Comportamento Alimentare

Inquadramento clinico

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) — anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating, altri disturbi specifici e aspecifici dell'alimentazione — sono condizioni psichiatriche complesse con una delle più alte mortalità tra tutti i disturbi mentali. La mortalità nell'anoressia nervosa (per complicanze mediche e per suicidio) è stimata intorno al 5-10% nei follow-up a lungo termine.

I DCA si caratterizzano per l'**intreccio** tra componenti **psicologiche** (distorsione dell'immagine corporea, paura intensa di aumentare di peso, bassa autostima, perfezionismo, difficoltà di regolazione emotiva), **biologiche** (compromissione metabolica, endocrina e cardiaca nell'anoressia grave; disregolazione del sistema di ricompensa nel binge-eating) e **sociali** (pressioni culturali, dinamiche familiari, isolamento). Questa complessità richiede un trattamento integrato e multidisciplinare.

I contesti di cura in Italia includono: ambulatori specialistici per i DCA (spesso afferenti alla psichiatria o alla medicina interna), day hospital, strutture residenziali specializzate e — nei casi più gravi con compromissione medica — reparti di degenza internistica o psichiatrica. Il musicoterapeuta può operare principalmente nei contesti residenziali e semi-residenziali, dove è parte di un'équipe che include psichiatra, psicologo, dietista, internista e infermiere.

Il contributo della musicoterapia nei DCA

La musicoterapia nei DCA opera prevalentemente sulla dimensione della **regolazione emotiva, dell'espressione** di sé e del **rapporto** con il corpo. Le persone con DCA hanno spesso una relazione molto difficile con il proprio corpo — percepito come nemico, come fonte di vergogna, come qualcosa da controllare o da punire — e con le proprie emozioni, frequentemente alexitimiche (difficoltà a identificare e descrivere i propri stati emotivi). La musica può offrire un canale di accesso all'esperienza emotiva che non richiede l'articolazione verbale, bypassando le difese intellettualizzanti molto frequenti in queste persone.

L'esperienza ritmica e corporea della musica — muoversi al ritmo, suonare uno strumento, sentire le vibrazioni — può facilitare un contatto con il corpo come sorgente di piacere e di espressione, alternativo e complementare alla percezione distorta dell'immagine corporea. La ricerca specifica sulla musicoterapia nei DCA è ancora limitata, ma i dati disponibili e le evidenze indirette (dalla letteratura sull'alexitimia e sulla regolazione emotiva) suggeriscono un campo di applicazione promettente.

Va sottolineato con forza che il lavoro musicoterapico nei DCA richiede una supervisione clinica costante e un raccordo stretto con lo psichiatra e con lo psicologo: il rischio di attivare materiale emotivo intenso senza le condizioni per elaborarlo è reale. Il musicoterapeuta non lavora mai in isolamento in questo contesto.

Strumenti di valutazione — disturbi del comportamento alimentare

Fascia 1 — Nucleo minimo da conoscere bene

BMI — Body Mass Index — Indice di Massa Corporea. Rapporto tra peso (kg) e quadrato dell'altezza (m²). Nel contesto dei DCA il BMI è il parametro medico più immediatamente leggibile della gravità somatica nell'anoressia: BMI < 17.5 è criterio diagnostico per l'anoressia nervosa secondo ICD-10; BMI < 15 indica rischio medico grave. Il musicoterapeuta deve conoscere il BMI delle persone con anoressia che segue, per avere consapevolezza della gravità somatica, anche se non è responsabile del monitoraggio medico.

EDE-Q — Eating Disorder Examination Questionnaire. Versione self-report dell'intervista strutturata EDE. 28 item che valutano 4 sottoscale: restrizione alimentare, preoccupazione per il peso, preoccupazione per la forma corporea, preoccupazione per l'alimentazione. È lo strumento di riferimento per la valutazione della psicopatologia specifica dei DCA. Molto usato nei centri specialistici italiani.

PHQ-9 / GAD-7 — Patient Health Questionnaire-9 / Generalized Anxiety Disorder-7. Come negli altri contesti, indispensabili per il monitoraggio della comorbidità depressiva e ansiosa, estremamente frequente nei DCA. La depressione nell'anoressia e nel binge-eating è spesso sia causa che conseguenza del disturbo alimentare.

Fascia 2 — Secondo livello da riconoscere e saper contestualizzare

EDI-3 — Eating Disorder Inventory — 3a edizione. Questionario self-report di 91 item organizzati in 12 scale: impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione corporea, bassa autostima, alienazione personale, insicurezza interpersonale, alienazione interpersonale, deficit interocettivi, perfezionismo, ascetismo, impulsività, paura della maturità. Fornisce un profilo psicologico molto più articolato dell'EDE-Q. Il musicoterapeuta che conosce il profilo EDI-3 può calibrare meglio gli obiettivi del proprio intervento.

TAS-20 — Toronto Alexithymia Scale — 20 item. Misura l'alexitimia in 3 fattori: difficoltà a identificare i sentimenti, difficoltà a descrivere i sentimenti, pensiero orientato all'esterno. L'alexitimia è molto frequente nei DCA ed è direttamente rilevante per la musicoterapia: un punteggio TAS-20 elevato indica che la persona ha particolare difficoltà ad accedere e descrivere i propri stati emotivi — precisamente il target del lavoro musicoterapico espressivo.

CIA — Clinical Impairment Assessment. 16 item che valutano l'impatto del disturbo alimentare sul funzionamento psicosociale in tre sottoscale: personale, sociale e cognitiva. Complementare all'EDE-Q che misura la psicopatologia specifica: il CIA misura le conseguenze funzionali nella vita reale.

Fascia 3 — Strumenti specialistici, di cornice o di nicchia

EDE-Q — versione per adolescenti. Adattamento dell'EDE-Q per la fascia d'età 12–18 anni. Rilevante nei contesti che accolgono adolescenti con DCA, fascia d'età in cui l'insorgenza è più frequente.

Morgan-Russell Scales — Scale di Morgan e Russell per l'outcome nell'anoressia. Strumento clinician-administered per la valutazione dell'outcome a lungo termine nell'anoressia nervosa in 5 aree: stato nutrizionale, funzionamento mestruale, funzionamento mentale, stato psicosessuale, stato socioeconomico. Usato prevalentemente in ricerca e in follow-up a lungo termine.

Indicazioni per l'équipe: Il musicoterapeuta nei DCA si raccorda con lo psichiatra, lo psicologo, il dietista e l'infermiere. Prima di avviare qualsiasi intervento, è essenziale conoscere il BMI attuale, lo stato medico (in particolare parametri cardiovascolari nell'anoressia grave) e il progetto terapeutico individuale. Il TAS-20 è particolarmente rilevante per il musicoterapeuta: un profilo alessitimico indica la priorità dell'approccio espressivo-esperienziale della musicoterapia come strumento di accesso alle emozioni. PHQ-9 e GAD-7 sono le misure di outcome più accessibili per documentare i cambiamenti sulla componente depressivo-ansiosa. In presenza di persone con anoressia grave (BMI < 15, instabilità medica), ogni scelta metodologica deve essere concordata con il medico: anche l'intensità dell'attivazione emotiva in una seduta musicoterapica ha ricadute sul consumo energetico e sulla stabilità emodinamica.

Sintesi: strumenti trasversali e specifici per area

Alcuni strumenti compaiono in più aree perché misurano costrutti trasversali — ansia, depressione, qualità della vita, dolore — che sono rilevanti in tutti i contesti socio-sanitari. La tabella seguente organizza il set minimo per area con indicazione della fascia e del professionista di riferimento.

Area	Strumenti chiave	Fascia	Professionista di rif.
Geriatría / demenze	MMSE	1	Geriatra, neurologo
Geriatría / demenze	CDR	1	Geriatra, neurologo
Geriatría / demenze	GDS-IT	1	Geriatra, psicologo
Geriatría / demenze	NPI	1	Geriatra, psicologo
Geriatría / demenze	FAST	2	Geriatra
Geriatría / demenze	CMAI	2	Équipe assistenziale
Psichiatria	BPRS	1	Psichiatra
Psichiatria	GAF	1	Psichiatra
Psichiatria	HoNOS	1	Équipe psichiatrica
Psichiatria	PHQ-9 / GAD-7	1	Psichiatra, psicologo
Psichiatria	PANSS	2	Psichiatra
Psichiatria	STAI / MANSA	2	Psicologo
Psichiatria	RAS / WHOQOL-BREF	2	Autocompilare dalla persona

Area	Strumenti chiave	Fascia	Professionista di rif.
Oncologia	NRS / VAS	1	Équipe oncologica
Oncologia	STAI	1	Psicologo oncologico
Oncologia	FACT-G	1	Équipe, psicologo
Oncologia	HADS / BPI	2	Psicologo, medico
Cure palliative	ESAS	1	Équipe palliativa
Cure palliative	PPS	1	Medico palliativista
Cure palliative	FACIT-Sp	2	Psicologo, cappellano
Dipendenze	AUDIT / DAST-10	1	Medico SerD
Dipendenze	PHQ-9 / GAD-7	1	Psicologo, medico
Dipendenze	ASI	2	Équipe SerD
DCA	BMI	1	Medico, dietista
DCA	EDE-Q	1	Psicologo, psichiatra
DCA	PHQ-9 / GAD-7	1	Psicologo
DCA	TAS-20 / EDI-3	2	Psicologo

Glossario degli strumenti — ordine alfabetico

Le voci sono ordinate alfabeticamente per sigla. Per ogni strumento: nome completo, area di riferimento, descrizione, modalità di somministrazione, figure professionali che lo utilizzano, nota specifica per il musicoterapeuta.

ASI — Addiction Severity Index	Dipendenze — assessment multidimensionale
Descrizione	Intervista strutturata che valuta la gravità dei problemi legati alla dipendenza in 7 aree: stato di salute fisica, uso di alcol, uso di droghe, condizioni legali, funzionamento familiare e sociale, condizioni psicologiche, occupazione e supporto economico. Per ciascuna area produce un punteggio composito di gravità (0–1). Strumento di riferimento per la presa in carico nei SerD italiani.
Somministrazione	Intervista semistruutturata da parte di operatore formato (medico, psicologo, educatore), circa 45–60 minuti.
Chi lo usa	Medici delle dipendenze, psicologi, educatori professionali nei SerD.
Nota per il MT	<i>Il profilo ASI fornisce al musicoterapeuta una visione multidimensionale della persona che va ben oltre la sola dipendenza: la compromissione psicologica, le relazioni familiari e la situazione occupazionale sono tutte dimensioni rilevanti per la progettazione degli obiettivi musicoterapici.</i>

AUDIT — Alcohol Use Disorders Identification Test	Dipendenze — consumo problematico di alcol
Descrizione	10 item che valutano frequenza e quantità del consumo alcolico, sintomi di dipendenza (tolleranza, craving, difficoltà a smettere) e conseguenze negative. Punteggio 0–40. Soglie orientative: 8–15 uso rischioso; 16–19 uso dannoso; ≥20 probabile dipendenza. Sviluppato dall'OMS, validato in italiano, di libero accesso.
Somministrazione	Autocompilazione o intervista, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Medici di medicina generale, medici SerD, psicologi, infermieri.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta deve conoscere il punteggio AUDIT delle</i>

persone che ha in cura nei SerD per capire il livello di compromissione. Un punteggio molto elevato segnala una dipendenza grave che richiede un approccio terapeutico molto strutturato.

BMI — Body Mass Index	DCA — stato nutrizionale
Descrizione	Rapporto peso(kg)/altezza ² (m ²). Classificazione OMS: <18.5 sottopeso; 18.5–24.9 normopeso; 25–29.9 sovrappeso; ≥30 obesità. In anoressia nervosa: <17.5 criterio diagnostico ICD-10; <15 rischio medico grave; <13 rischio vitale immediato. Nel binge-eating e nella bulimia il BMI può essere normale o elevato, ma non è il parametro diagnostico principale.
Somministrazione	Misurazione di peso e altezza da parte di medico o infermiere.
Chi lo usa	Medici, infermieri, dietisti.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta deve conoscere il BMI delle persone con anoressia per avere consapevolezza della gravità somatica e per calibrare l'intensità dell'attivazione emotiva nelle sedute. In persone con BMI molto basso, anche l'agitazione emotiva ha ricadute metaboliche: ogni seduta va concordata con il medico.</i>

BPI — Brief Pain Inventory	Oncologia / cure palliative — dolore
Descrizione	Valuta intensità del dolore (peggiore, minore, medio, attuale su NRS 0–10) e interferenza del dolore su 7 attività quotidiane: attività generale, umore, capacità di camminare, lavoro, relazioni, sonno, piacere di vivere. Punteggio di interferenza 0–10 per ciascun dominio. Disponibile in italiano.
Somministrazione	Autocompilazione o somministrazione assistita, circa 5–10 minuti.
Chi lo usa	Medici oncologi, medici del dolore, infermieri, psicologi.
Nota per il MT	<i>Strumento molto utile per documentare l'impatto funzionale del dolore oltre la sola intensità. Il musicoterapeuta che lavora sulla gestione del dolore dovrebbe usare il BPI come misura di outcome, raccogliendo sistematicamente i dati prima e dopo cicli di intervento.</i>

BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale	Psichiatria — gravità dei sintomi psichiatrici
Descrizione	18–24 item (a seconda della versione) che valutano i principali sintomi psichiatrici su scala 1–7. Cinque cluster: sintomi positivi (allucinazioni, grandiosità, pensiero disorganizzato), sintomi negativi (appiattimento affettivo, ritiro emotivo), ansia-depressione, attivazione, ostilità-sospettosità. Punteggio totale da 18 a 126 (versione a 18 item). È lo strumento di valutazione più usato nei contesti psichiatrici acuti e residenziali italiani.
Somministrazione	Intervista clinica semistrutturata o osservazione, da parte di psichiatra o psicologo clinico formato. Circa 15–20 minuti.
Chi lo usa	Psichiatri, psicologi clinici.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta deve saper leggere il profilo BPRS per capire</i>

quali sintomi sono predominanti nella persona. Un profilo con sintomi negativi prevalenti (apatia, ritiro) orienta verso proposte a bassa soglia e molto strutturate; un profilo con attivazione e ostilità elevate richiede massima attenzione alla sicurezza e alla gestione del contesto.

CDR — Clinical Dementia Rating	Geriatría — staging della demenza
Descrizione	Valuta 6 domini: memoria, orientamento, giudizio e problem solving, attività nella comunità, casa e hobby, cura personale. Ogni dominio riceve un punteggio 0–3 (0=normale, 0.5=questionable, 1=lieve, 2=moderata, 3=grave). Il punteggio globale CDR (calcolato secondo un algoritmo specifico, non come media semplice) caratterizza lo stadio complessivo della demenza.
Somministrazione	Valutazione clinica basata su intervista alla persona e a un informante, da parte di neurologo o geriatra. Circa 20–30 minuti.
Chi lo usa	Neurologi, geriatri.
Nota per il MT	<i>Indispensabile per calibrare le proposte musicoterapiche in persone con demenza. CDR 1 (lieve) permette ancora attività strutturate con componenti cognitive; CDR 2 (moderata) richiede proposte molto semplificate; CDR 3 (grave) orienta verso la presenza musicale sensoriale e relazionale.</i>

CIA — Clinical Impairment Assessment	DCA — impatto funzionale
Descrizione	16 item che valutano l'impatto del disturbo alimentare sul funzionamento psicosociale nelle ultime 4 settimane, in tre sottoscale: personale (umore, percezione di sé, stanchezza, produttività), sociale (relazioni interpersonali e attività) e cognitiva (concentrazione, capacità di prendere decisioni). Scala Likert 0–3, punteggio globale 0–48: da 16 in su la compromissione è clinicamente significativa. Complementare all'EDE-Q.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5–10 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, psichiatri specialisti in DCA.
Nota per il MT	<i>Offre al musicoterapeuta una visione dell'impatto reale del DCA nella vita quotidiana della persona, utile per calibrare obiettivi funzionali concreti (riprendere le relazioni sociali, tornare a lavorare, ridurre la ruminazione alimentare durante le attività).</i>

CMAI — Cohen-Mansfield Agitation Inventory	Geriatría — agitazione nella demenza
Descrizione	29 comportamenti agitati valutati per frequenza (mai=1, alcune volte al giorno=7): aggressività fisica (colpire, scalfiare, graffiare), aggressività verbale (urlare, maledire), agitazione fisica non aggressiva (vagabondare, ripetere azioni), agitazione verbale non aggressiva (lamentarsi, fare domande ripetitive). Compilato dall'operatore che conosce la persona.
Somministrazione	Compilazione da parte di operatore formato (infermiere, OSS, educatore) che ha osservato la persona nelle ultime 2 settimane.

	Circa 10 minuti.
Chi lo usa	Équipe assistenziale nelle RSA (residenze sanitarie assistenziali: sigla identica, cosa diversa dalla Resilience Scale for Adults del capitolo 1), operatori di nuclei Alzheimer.
Nota per il MT	<i>È uno degli outcome più usati negli studi di efficacia della musicoterapia nelle demenze. Il musicoterapeuta che vuole documentare la riduzione dell'agitazione deve raccogliere il CMAI prima di avviare l'intervento e dopo 4–6 settimane, idealmente in collaborazione con l'infermiere o il coordinatore assistenziale.</i>

Cornell Scale — Cornell Scale for Depression in Dementia	Geriatrica — depressione nella demenza
Descrizione	19 item in 5 aree: disturbi dell'umore (ansia, tristezza, mancanza di reattività), disturbi comportamentali (agitazione, ritardo psicomotorio, irritabilità, lamentele fisiche), segni fisici (perdita di appetito, perdita di peso, mancanza di energia), disturbi ciclici (variazione diurna dell'umore, difficoltà ad addormentarsi, risvegli multipli, risvegli precoci), disturbi del pensiero (suicidio, bassa autostima, pessimismo, deliri congruenti all'umore).
Somministrazione	Intervista clinica al caregiver operatore + breve osservazione della persona, da parte del clinico. Circa 20 minuti.
Chi lo usa	Psichiatri, geriatri, psicologi.
Nota per il MT	<i>Particolarmente utile in fasi moderate-avanzate di demenza, quando la GDS non è più applicabile. La depressione nella demenza è spesso sotto-trattata e si sovrappone ai BPSD: riconoscerla è fondamentale per calibrare gli obiettivi e i metodi dell'intervento musicoterapico.</i>

DAST-10 — Drug Abuse Screening Test — 10 item	Dipendenze — uso problematico di droghe
Descrizione	10 item con risposta sì/no per la valutazione dell'uso problematico di droghe non alcoliche negli ultimi 12 mesi. Punteggio 0–10. Soglie: 1–2 basso; 3–5 moderato; 6–8 sostanziale; 9–10 grave. Di libero accesso, breve, usato in coppia con l'AUDIT per la valutazione di intake nei SerD.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 2–3 minuti.
Chi lo usa	Medici SerD, psicologi, infermieri.
Nota per il MT	<i>Come l'AUDIT, fornisce al musicoterapeuta una misura rapida della gravità del problema con le droghe. Va letto insieme all'ASI per avere un quadro completo.</i>

EDE-Q — Eating Disorder Examination Questionnaire	DCA — psicopatologia specifica
Descrizione	28 item che valutano 4 sottoscale nelle ultime 4 settimane: restrizione alimentare (limitazione intenzionale del cibo), preoccupazione per il peso, preoccupazione per la forma corporea, preoccupazione per l'alimentazione. Punteggio

	globale e per sottoscale (0–6). Strumento di riferimento per la valutazione della psicopatologia specifica dei DCA nei centri specialistici.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 15 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, psichiatri specialisti in DCA.
Nota per il MT	<i>Il profilo EDE-Q indica al musicoterapeuta quale dimensione è predominante nella sofferenza della persona. Un profilo con preoccupazione per la forma corporea molto elevata orienta verso obiettivi di lavoro sull'immagine corporea e sulla relazione con il corpo attraverso la musica e il movimento.</i>
EDI-3 — Eating Disorder Inventory — 3a edizione	DCA — profilo psicologico
Descrizione	91 item in 12 scale: impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione corporea, bassa autostima, alienazione personale, insicurezza interpersonale, alienazione interpersonale, deficit interocettivi, perfezionismo, ascetismo, impulsività, paura della maturità. Fornisce anche 6 indici compositi: rischio DCA — l'unico specifico dei disturbi alimentari — più inefficacia, problemi interpersonali, problemi affettivi, ipercontrollo e disadattamento psicologico generale. Norma italiana disponibile.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 20 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, psichiatri specialisti in DCA.
Nota per il MT	<i>Il profilo EDI-3 è molto informativo per il musicoterapeuta. Il deficit interocettivo (difficoltà a riconoscere sensazioni corporee ed emozioni) corrisponde spesso all'alessitimia misurata dal TAS-20 ed è esattamente il target dell'approccio musicoterapico espressivo-corporeo.</i>
ESAS — Edmonton Symptom Assessment System	Oncologia / cure palliative — profilo dei sintomi
Descrizione	9 sintomi valutati su NRS 0–10: dolore, fatica, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, benessere generale, dispnea. Versione revisionata (ESAS-r) include definizioni standardizzate per ciascun sintomo. Rapido (2–3 minuti), accettato anche da persone molto debilitate. Usato routinariamente in molti reparti oncologici e hospice.
Somministrazione	Autocompilazione o somministrazione assistita. Circa 3 minuti.
Chi lo usa	Tutta l'équipe oncologica e palliativa.
Nota per il MT	<i>L'ESAS è il profilo sintomatologico condiviso per eccellenza in oncologia e cure palliative. Il musicoterapeuta deve saperlo leggere per capire quale sintomo è più rilevante nella giornata della persona e orientare di conseguenza gli obiettivi della seduta. Un ESAS con ansia 8 e dolore 7 parla da solo.</i>
FACIT-Sp — Functional Assessment of Chronic Illness Therapy — Spiritual Well-Being	Cure palliative — benessere spirituale

Descrizione	12 item in due fattori: pace/significato (senso di pace interiore, senso dello scopo, capacità di trovare un significato nella malattia) e fede (sostegno dalla fede religiosa nella malattia). Scala Likert 0–4. Punteggio totale 0–48. Non è uno strumento religioso: misura il benessere spirituale in senso ampio, includendo persone non religiose.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, assistenti spirituali, operatori di cure palliative.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta che lavora in hospice perché misura dimensioni (senso della vita, pace interiore) che la musica può toccare profondamente. Un punteggio di pace/significato basso può orientare verso un lavoro musicoterapico orientato all'elaborazione esistenziale e alla reminiscenza.</i>

FACT-G — Functional Assessment of Cancer Therapy — General	Oncologia — qualità della vita
Descrizione	27 item in 4 sottoscale: benessere fisico (7 item: sintomi fisici, fatica, dolore), benessere familiare-sociale (7 item: supporto dalla famiglia e dagli amici), benessere emotivo (6 item: umore, depressione, paura), benessere funzionale (7 item: capacità di lavorare, godere della vita, accettare la malattia). Scala Likert 0–4. Versioni specifiche per tipo di tumore derivano aggiungendo sottoscale disease-specific.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10 minuti.
Chi lo usa	Oncologi, psicologi oncologici, ricercatori.
Nota per il MT	<i>Permette al musicoterapeuta di vedere in quale dominio la persona con malattia oncologica manifesta la maggiore sofferenza. Un benessere emotivo basso orienta verso un intervento di supporto psicoemotivo; un benessere funzionale basso orienta verso obiettivi di partecipazione e senso di efficacia.</i>

FAST — Functional Assessment Staging Test	Geriatrica — staging funzionale dell'Alzheimer
Descrizione	7 stadi principali con sotto-stadi per il 6° e 7°: 1=nessun deficit; 2=deficit soggettivi; 3=deficit lieve; 4=Alzheimer lieve; 5=Alzheimer moderato; 6=Alzheimer moderatamente grave (con 5 sotto-stadi che descrivono progressivamente la perdita delle ADL di base); 7=Alzheimer grave (con 6 sotto-stadi che descrivono la perdita del linguaggio e della motricità). Il FAST segue una sequenza regressiva che è approssimativamente l'inverso dello sviluppo.
Somministrazione	Valutazione clinica basata su informazioni dal caregiver, da parte del medico o del neuropsicologo.
Chi lo usa	Geriatrici, neurologi, neuropsicologi.
Nota per il MT	<i>Il FAST è particolarmente utile per il musicoterapeuta nei nuclei Alzheimer perché descrive con precisione le capacità residue in fasi avanzate. FAST 6 significa che la persona non riesce a vestirsi autonomamente ma può ancora rispondere alla musica, cantare frammenti, sorridere. FAST 7e significa che non può più sorridere, e</i>

al 7f non regge più il capo: a quel punto la risposta alla musica sarà minima.

FLACC — Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale	Oncologia pediatrica / età evolutiva — dolore procedurale
Descrizione	5 parametri osservativi: espressione facciale, posizione delle gambe, attività motoria, pianto, consolabilità. Ogni parametro valutato 0–2. Punteggio totale 0–10. Sviluppata per bambini 0–7 anni o per persone non comunicanti. Molto usata in oncologia pediatrica per il distress procedurale.
Somministrazione	Osservazione diretta da parte del clinico o dell'infermiere, circa 2–3 minuti.
Chi lo usa	Infermieri pediatrici, medici, fisioterapisti.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta che lavora in oncologia pediatrica durante procedure invasive deve saper applicare la FLACC per documentare la risposta al distress procedurale prima, durante e dopo l'intervento musicale.</i>
GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder — 7 item	Trasversale — screening dell'ansia
Descrizione	7 item che valutano frequenza dei sintomi ansiosi nelle ultime 2 settimane su scala 0–3. Soglie: 0–4 minima; 5–9 lieve; 10–14 moderata; ≥15 grave. Spesso usata in coppia con il PHQ-9. Versione ultrabreve GAD-2 per screening rapido.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 2 minuti.
Chi lo usa	Tutti i professionisti sanitari.
Nota per il MT	<i>Presente in quasi tutti i contesti socio-sanitari come misura di screening e di outcome. Il musicoterapeuta deve saper leggere i punteggi e usarli sistematicamente come misure pre-post nei propri cicli di intervento orientati alla riduzione dell'ansia.</i>
GAF — Global Assessment of Functioning	Psichiatria — funzionamento globale
Descrizione	Scala 1–100 che valuta il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo su un continuum da gravità massima (1=pericolo di farsi del male, incapacità di mantenere un'igiene minima) a ottimo funzionamento (100=nessun sintomo, elevato funzionamento). Parte dell'asse V del DSM-IV, rimasta d'uso diffuso. Punteggi orientativi: ≤30 compromissione gravissima; 31–40 compromissione marcata; 41–50 sintomi gravi; 51–60 sintomi moderati; 61–70 sintomi lievi; >70 da difficoltà transitorie a buon funzionamento.
Somministrazione	Valutazione clinica del medico o dello psicologo, basata su osservazione e colloquio.
Chi lo usa	Psichiatri, psicologi.
Nota per il MT	<i>Il GAF è uno degli strumenti di lettura più immediati per capire il livello di funzionamento globale di una persona con disturbo</i>

psichiatrico. Un GAF di 35 indica una condizione di grave compromissione che richiede un approccio molto diverso da un GAF di 65.

GDS-IT — Geriatric Depression Scale — versione italiana	Geriatría — depressione nell'anziano
Descrizione	Screening della depressione sviluppato per la popolazione anziana. Evita item somatici (insonnia, perdita di appetito, riduzione della libido) che nell'anziano hanno scarso valore diagnostico differenziale. Versione a 15 item (GDS-15) la più usata. Risposta dicotomica sì/no. Soglia GDS-15: ≥ 6 sospetto depressione; ≥ 11 probabile depressione grave.
Somministrazione	Autocompilazione o somministrazione assistita. Circa 5–10 minuti.
Chi lo usa	Geriatrici, medici di medicina generale, psicologi, infermieri.
Nota per il MT	<i>Fondamentale in tutti i contesti geriatrici. La depressione nell'anziano influenza profondamente la motivazione, la partecipazione e la risposta alle proposte musicoterapiche. Un GDS elevato orienta verso obiettivi di sostegno emotivo e attivazione, e segnala la necessità di raccordo con il geriatra o lo psicologo.</i>
HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale	Oncologia / cure palliative — ansia e depressione
Descrizione	14 item in due sottoscale indipendenti: ansia (HADS-A, 7 item) e depressione (HADS-D, 7 item). Evita item somatici per ridurre i falsi positivi in persone con malattia fisica. Soglia clinica: ≥ 8 per ciascuna sottoscala. Punteggio per sottoscala 0–21.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5 minuti. Validazione italiana disponibile.
Chi lo usa	Psicologi, medici, operatori sanitari.
Nota per il MT	<i>Molto usata in oncologia e in cure palliative. Il musicoterapeuta può usare la HADS come misura di outcome pre-post nei propri cicli di intervento. La sua separazione tra ansia e depressione è clinicamente utile: molte persone con malattia oncologica mostrano ansia alta con depressione moderata, pattern che orienta verso interventi diversi.</i>
HoNOS — Health of the Nation Outcome Scales	Psichiatria — outcome globale
Descrizione	12 scale in 4 sezioni: problemi comportamentali (comportamento iperattivo, autolesionismo non accidentale, uso di alcol e droghe, disturbi cognitivi), deterioramento (problemi fisici, allucinazioni e deliri, depressione), problemi sociali (relazioni con gli altri, problemi quotidiani di vita), problemi contestuali (condizioni abitative, occupazione e attività, rete di supporto). Punteggio 0–4 per scala.
Somministrazione	Valutazione clinica del professionista (psichiatra, psicologo,

	infermiere), circa 10 minuti.
Chi lo usa	Psichiatri, psicologi, infermieri psichiatrici.
Nota per il MT	<i>In molte regioni italiane è uno strumento obbligatorio di registrazione dell'outcome nei servizi di salute mentale. Il musicoterapeuta deve saperlo leggere per capire in quale area la persona mostra i problemi maggiori e per documentare i cambiamenti nel tempo nelle aree di sua competenza (relazioni, attività, umore).</i>

MANSA — Manchester Short Assessment of Quality of Life	Psichiatria / dipendenze — qualità della vita
Descrizione	16 item: 12 di soddisfazione su scala 1-7 — vita nel complesso, lavoro o studio, situazione economica, amicizie, vita sessuale, rapporti con la famiglia, persone con cui si convive, condizioni abitative, sicurezza personale, attività del tempo libero, salute fisica, salute psicologica — più 4 domande oggettive a risposta sì/no, fra cui il contatto con la legge.
Somministrazione	Autocompilazione o intervista, circa 5-10 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, psichiatri, educatori professionali.
Nota per il MT	<i>Strumento prezioso per il musicoterapeuta perché misura la qualità della vita nella prospettiva soggettiva della persona. La soddisfazione per amicizie, relazioni e attività del tempo libero sono dimensioni direttamente influenzabili dalla musicoterapia di gruppo.</i>

MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory	Oncologia — fatigue
Descrizione	20 item in 5 scale: fatica generale (senso di stanchezza generale), fatica fisica (stanchezza fisica, ridotta resistenza), ridotta attività (riduzione delle attività quotidiane), ridotta motivazione (riduzione della motivazione a fare cose), fatica mentale (difficoltà di concentrazione, capacità ridotta di pensare). Scala Likert 1-5.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Oncologi, psicologi oncologici, ricercatori.
Nota per il MT	<i>La fatigue oncologica è uno dei sintomi più invalidanti e meno trattati. La musicoterapia ha mostrato effetti positivi su questa dimensione in diversi studi. Il musicoterapeuta che include la riduzione della fatigue tra i propri obiettivi dovrebbe raccogliere il MFI-20 come misura di outcome.</i>

NPI — Neuropsychiatric Inventory	Geriatrica — sintomi comportamentali e psicologici della demenza
Descrizione	12 domini comportamentali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione/disforia, ansia, euforia/elazione, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità, comportamento motorio aberrante (wandering), disturbi del sonno/comportamento notturno, alterazioni dell'appetito/dell'alimentazione. Per ciascun

dominio presente: frequenza (1–4) × gravità (1–3) = punteggio dominio. Punteggio totale 0–144.

Somministrazione	Intervista strutturata al caregiver (familiare o operatore), circa 20–30 minuti. Richiede un informante che conosca bene la persona nell'ultimo mese.
Chi lo usa	Psichiatri, neuropsicologi, geriatri.
Nota per il MT	<i>È lo strumento di riferimento per i BPSD, che sono il target principale di molti interventi musicoterapici nelle demenze. Il musicoterapeuta deve saper leggere il profilo NPI: agitazione alta + apatia alta + disturbi del sonno indicano un quadro molto diverso da deliri + allucinazioni + ansia. Raccogliere il NPI prima e dopo un ciclo di intervento è la forma più rigorosa di documentazione dell'efficacia. Da non confondere con l'altra NPI, la sigla con cui le tabelle di questo volume indicano il neuropsichiatra infantile.</i>

NRS — Numerical Rating Scale per il dolore	Oncologia / cure palliative — dolore
Descrizione	Scala numerica 0–10 per l'intensità del dolore percepito. 0=nessun dolore; 10=dolore massimo immaginabile. Rapidissima, universalmente adottata in tutti i contesti sanitari. Esiste anche in forma visiva (NRS con numeri e descrittori verbali agli estremi).
Somministrazione	Autovalutazione verbale, circa 30 secondi.
Chi lo usa	Tutti i professionisti sanitari.
Nota per il MT	<i>Il musicoterapeuta deve raccogliere la NRS sistematicamente prima e dopo ogni seduta in cui il dolore è un obiettivo. Questa pratica semplice, sostenuta nel tempo, costruisce la base documentale per la giustificazione dell'intervento nel piano di cura.</i>

PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale	Psichiatria — schizofrenia
Descrizione	30 item in 3 sottoscale: sintomi positivi (7 item: deliri, disorganizzazione concettuale, comportamento allucinatorio, eccitamento, grandiosità, sospettosità/persecuzione, ostilità), sintomi negativi (7 item: appiattimento affettivo, ritiro emotivo, scarso contatto, ritiro sociale passivo, difficoltà nel pensiero astratto, mancanza di spontaneità, pensiero stereotipato), psicopatologia generale (16 item). Punteggio per item 1–7. Richiede intervista clinica semistrutturata e training specifico.
Somministrazione	Intervista clinica semistrutturata da parte di psichiatra o psicologo clinico formato, circa 30–40 minuti.
Chi lo usa	Psichiatri, psicologi clinici specializzati.
Nota per il MT	<i>La sottoscala dei sintomi negativi è particolarmente rilevante per la musicoterapia: apatia, ritiro emotivo e sociale, mancanza di spontaneità sono esattamente le dimensioni su cui la musicoterapia ha mostrato i risultati più promettenti nella schizofrenia. Conoscere il profilo PANSS della persona è fondamentale per calibrare gli obiettivi.</i>

PGSI — Problem Gambling Severity Index	Dipendenze — gioco d'azzardo
Descrizione	9 item che valutano la gravità del gioco d'azzardo problematico negli ultimi 12 mesi. Punteggio 0–27. Soglie: 0 nessun problema; 1–2 basso; 3–7 moderato; ≥8 grave. Derivato dall'indagine canadese sul gioco d'azzardo, usato in ricerca e in clinica nelle unità per le dipendenze comportamentali.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 3 minuti.
Chi lo usa	Medici SerD, psicologi delle dipendenze.
Nota per il MT	<i>Rilevante per il musicoterapeuta che lavora in SerD o in comunità terapeutiche che accolgono persone con gioco d'azzardo patologico. La dipendenza comportamentale condivide molti meccanismi neurobiologici e psicologici con le dipendenze da sostanze.</i>

PHQ-9 — Patient Health Questionnaire — 9 item	Trasversale — depressione
Descrizione	9 item corrispondenti ai criteri DSM per la depressione maggiore. Frequenza nelle ultime 2 settimane su scala 0–3. Soglie: 0–4 minima; 5–9 lieve; 10–14 moderata; 15–19 moderatamente severa; ≥20 severa. Uno degli strumenti più usati al mondo per lo screening e il monitoraggio della depressione.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 3 minuti.
Chi lo usa	Tutti i professionisti sanitari.
Nota per il MT	<i>Strumento trasversale a tutti i contesti socio-sanitari. Il musicoterapeuta lo incontra ovunque e deve saperlo leggere. Raccoglierlo sistematicamente prima e dopo cicli di intervento è il modo più semplice per documentare l'efficacia degli interventi orientati all'umore.</i>

PPS — Palliative Performance Scale	Cure palliative — performance funzionale
Descrizione	11 livelli di performance funzionale (da 100%=normale a 0%=morte) basati su 5 dimensioni: deambulazione (autonoma, ridotta, principalmente a letto, totalmente a letto), attività ed evidenza di malattia, cura di sé (autonoma, con assistenza, dipendente totale), assunzione di cibo e liquidi, livello di coscienza.
Somministrazione	Valutazione clinica del medico o dell'infermiere, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Medici palliativisti, infermieri di hospice.
Nota per il MT	<i>Il PPS è lo strumento di staging funzionale di riferimento in hospice. Il musicoterapeuta deve saperlo leggere per calibrare durata (una persona PPS 20% tollera sedute di 15–20 minuti, non di 45), intensità e format delle sedute.</i>

RAS — Recovery Assessment Scale	Psichiatria — recovery percepita
Descrizione	41 item su scala Likert 1–5 (da “per niente d'accordo” a “completamente d'accordo”). L'analisi fattoriale (Corrigan et al., 2004) ne ha isolato cinque dimensioni: fiducia e speranza in sé, disponibilità a chiedere aiuto, orientamento agli obiettivi e al successo, capacità di contare sugli altri, non essere dominati dai sintomi. Non misura i sintomi: misura il processo di recovery come lo vede la persona. Versione italiana validata su 219 persone con psicosi da almeno cinque anni (Boggian et al., 2020).
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10–15 minuti.
Chi lo usa	La compila la persona. Nei servizi la propongono psicologi, psichiatri, educatori professionali e operatori dei centri di salute mentale.
Nota per il MT	<i>È la scala che serve quando il progetto è orientato alla recovery e non alla riduzione dei sintomi — in salute mentale il caso più frequente. Le sue cinque dimensioni sono vicine al modello CHIME (connessione, speranza, identità, senso, potere personale) usato in “Progettare”: speranza, identità e potere personale sono esattamente ciò che un laboratorio musicale di gruppo può muovere, e che una PANSS o una BPRS non registrerebbero. Da non confondere con l'altra RAS, la stimolazione ritmica uditiva della musicoterapia neurologica: sigla identica, cose diverse.</i>
SOCRATES — Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale	Dipendenze — motivazione al cambiamento
Descrizione	19 item in 3 scale: riconoscimento (consapevolezza del problema), ambivalenza (preoccupazione e incertezza), intraprendenza (azioni concrete verso il cambiamento). Basato sul modello transteorico di Prochaska e DiClemente. Versioni per alcol (SOCRATES-8A) e droghe (SOCRATES-8D).
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5 minuti.
Chi lo usa	Psicologi, medici SerD, educatori professionali.
Nota per il MT	<i>Uno degli strumenti più utili per il musicoterapeuta nelle dipendenze perché indica il livello motivazionale della persona. Una persona in fase di precontemplazione (riconoscimento basso, ambivalenza alta) richiede un approccio molto diverso da una in fase di azione (intraprendenza alta).</i>
STAI — State-Trait Anxiety Inventory	Psichiatria / oncologia — ansia
Descrizione	Due sottoscale di 20 item ciascuna: STAI-S (ansia di stato: come mi sento adesso) e STAI-T (ansia di tratto: come mi sento di solito). Scala Likert 1–4. Punteggio per sottoscala 20–80. La STAI-S è particolarmente sensibile alle variazioni nel breve termine e quindi ideale come misura pre-post seduta o pre-post procedura.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5–10 minuti (entrambe le sottoscale) o 2–3 minuti (solo STAI-S).

Chi lo usa	Psicologi, ricercatori, operatori sanitari.
Nota per il MT	<i>La STAI-S è lo strumento di outcome più usato negli studi di efficacia della musicoterapia sull'ansia in oncologia e in psichiatria. Il musicoterapeuta che include la riduzione dell'ansia tra i propri obiettivi dovrebbe raccoglierla sistematicamente prima e dopo ogni seduta.</i>
TAS-20 — Toronto Alexithymia Scale — 20 item	DCA — alessitimia
Descrizione	20 item in 3 fattori: difficoltà a identificare i sentimenti (DIF: confusione tra stati emotivi e sensazioni fisiche), difficoltà a descrivere i sentimenti agli altri (DDF: difficoltà a comunicare gli stati interni), pensiero orientato all'esterno (EOT: tendenza a focalizzarsi su eventi esterni piuttosto che su esperienze interiori). Punteggio totale 20–100. Soglie: ≤51 non alessitimico; 52–60 zona grigia; ≥61 alessitimico.
Somministrazione	Autocompilazione, circa 5–10 minuti.
Chi lo usa	Psicologi clinici.
Nota per il MT	<i>Strumento direttamente rilevante per la musicoterapia nei DCA: l'alessitimia è uno dei costrutti più importanti per comprendere le difficoltà di regolazione emotiva in queste persone, e il lavoro musicoterapico espressivo è una delle modalità di intervento più indicate per ridurla. Un TAS-20 elevato indica che la persona ha esattamente le difficoltà che la musicoterapia può affrontare.</i>
VAS — Visual Analogue Scale per il dolore	Oncologia / cure palliative — dolore
Descrizione	Linea retta di 100 mm senza tacche intermedie, con due soli ancoraggi verbali agli estremi («nessun dolore» e «il peggior dolore immaginabile»). La persona segna un punto sulla linea; la misura è la distanza in millimetri dall'estremo sinistro. A differenza della NRS, che chiede un numero, la VAS chiede una posizione nello spazio: coglie variazioni più fini, ma richiede vista, coordinazione e una certa astrazione. La differenza minima che conta clinicamente non è un numero solo: attorno ai 10–15 mm nel dolore acuto, più alta nel dolore persistente — la revisione sistematica di riferimento riporta una mediana di 23 mm — e varia soprattutto secondo il dolore di partenza e il metodo di stima.
Somministrazione	Autovalutazione su carta o con righello dedicato, circa 30 secondi.
Chi lo usa	Tutti i professionisti sanitari.
Nota per il MT	<i>Vale la stessa regola della NRS — si raccoglie prima e dopo ogni seduta in cui il dolore è un obiettivo — con due avvertenze. La prima: non si convertono i millimetri della VAS nei numeri della NRS, e non si cambia scala a metà di un ciclo, o la serie diventa illeggibile. La seconda: un miglioramento di pochi millimetri può stare sotto la soglia di ciò che conta davvero, e riferirlo come un risultato è il modo più rapido di perdere credibilità con l'équipe. Se la persona non riesce a usare la linea, si usa la NRS e lo si scrive.</i>

WHOQOL-BREF — World Health Organization Quality of Life, versione breve	Trasversale — qualità della vita
Descrizione	26 item, versione breve del WHOQOL-100: due item generali (la qualità della vita nel complesso e la soddisfazione per la propria salute) più 24 item distribuiti in quattro domini — salute fisica (7), stato psicologico (6), relazioni sociali (3), ambiente (8). Scala Likert 1–5 riferita alle ultime due settimane; i punteggi di dominio si convertono su scala 0–100. Costruito dall'OMS per essere confrontabile fra lingue e culture diverse. Versione italiana validata (De Girolamo et al., 2000).
Somministrazione	Autocompilazione, circa 10–15 minuti; possibile la somministrazione assistita.
Chi lo usa	Trasversale: psicologi, medici, infermieri, ricercatori. Non richiede un titolo specialistico per la somministrazione.
Nota per il MT	<i>È la misura di qualità della vita più trasferibile fra contesti: la stessa scala vale in salute mentale, in geriatria, in oncologia e nelle dipendenze, e permette di confrontare progetti diversi. I domini psicologico e delle relazioni sociali sono i più sensibili a un intervento musicoterapico; il dominio ambiente — casa, reddito, servizi, trasporti — quasi mai lo è, e aspettarsi che si muova è un errore comune che indebolisce la lettura dei risultati.</i>

Bibliografia essenziale

La bibliografia è selettiva e orientata alla didattica. Per ciascuna area sono indicati i riferimenti più rilevanti per l'efficacia della musicoterapia e per le validazioni degli strumenti citati.

Geriatria e demenze

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308–2314. <https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308>

Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43(11), 2412–2414. <https://doi.org/10.1212/wnl.43.11.2412-a>

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>

Psichiatria

Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231–239. <https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>

Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035–1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>

Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., & Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199(2), 132–139. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085431>

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>

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Oncologia

Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., & Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(10), CD006911. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub4>

Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570–579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>

O’Callaghan, C., Sproston, M., Wilkinson, K., Willis, D., Milner, A., Grocke, D., & Wheeler, G. (2012). Effect of self-selected music on adults’ anxiety and subjective experiences during initial radiotherapy treatment: A randomised controlled trial and qualitative research. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 56(4), 473–477. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9485.2012.02395.x>

Cure palliative

Bradt, J., & Dileo, C. (2010). Music therapy for end-of-life care [Revisione ritirata]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1), CD007169. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007169.pub2> [Ritirata da Cochrane il 17 marzo 2014 per impossibilità di aggiornamento (avviso di ritiro: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007169.pub3>). Il protocollo della revisione che la sostituirà è stato pubblicato a dicembre 2025 (Calvache et al., CD016311,

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD016311>); la revisione completa è attesa. I dati primari restano validi come studi singoli.]

Chang, V. T., Hwang, S. S., & Feuerman, M. (2000). Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, 88(9), 2164–2171. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(20000501\)88:9<2164::AID-CNCR24>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000501)88:9<2164::AID-CNCR24>3.0.CO;2-5)

Gao, Y., Wei, Y., Yang, W., Jiang, L., Li, X., Ding, J., & Ding, G. (2019). The effectiveness of music therapy for terminally ill patients: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504>

Horne-Thompson, A., & Grocke, D. (2008). The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *Journal of Palliative Medicine*, 11(4), 582–590. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0193>

Dipendenze

Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T., & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(11), e0187363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187363>

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Disturbi del comportamento alimentare

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale — I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)

Testa, F., Arunachalam, S., Heiderscheit, A., & Himmerich, H. (2020). A systematic review of scientific studies on the effects of music in people with or at risk for eating disorders. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 334–345. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.334>

Validazioni italiane degli strumenti citati

Boggian, I., Lamonaca, D., Ghisi, M., Bottesi, G., Svettini, A., Basso, L., Bernardelli, K., Merlin, S., Liberman, R. P., & S.I.R. 2 group. (2020). “The Italian Study on Recovery 2” Phase 1: Psychometric properties of the Recovery Assessment Scale (RAS), Italian validation of the Recovery Assessment Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1000. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01000>

De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D’Addario, A., Darú, E., De Leo, D., Galassi, L., Mangelli, L., Marson, C., Neri, G., & Soldani, L. (2000). Quality of life assessment: Validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief.

Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 9(1), 45–55.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00007740>

Galeoto, G., Sansoni, J., Scuccimarri, M., Bruni, V., De Santis, R., Colucci, M., Valente, D., & Tofani, M. (2018). A psychometric properties evaluation of the Italian version of the Geriatric Depression Scale. *Depression Research and Treatment*, 2018, 1797536. <https://doi.org/10.1155/2018/1797536>

Nizzoli, U. (A cura di). (2004). *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche: Programmazione, qualità e valutazione*. FrancoAngeli. [Riferimento per l'organizzazione e la valutazione dei servizi per le dipendenze in Italia]

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).

Un musicoterapeuta entra in riunione d'équipe. Sul tavolo ci sono un punteggio FIM, uno stadio FAST, una CMAI compilata dagli operatori. Tutti sanno leggerli tranne lui — e per un'ora resta l'ospite di una conversazione che riguarda le persone con cui lavora ogni giorno.

Questo volume esiste per far finire quell'ora. È un repertorio ragionato dei test e delle scale che si incontrano nei quattro grandi contesti di lavoro — preventivo, educativo, riabilitativo, sociosanitario — un capitolo per contesto, organizzati in tre fasce di priorità didattica: il nucleo da conoscere bene, il secondo livello da saper riconoscere e contestualizzare, gli strumenti specialistici o di nicchia. Le fasce non giudicano la qualità degli strumenti: stimano la probabilità di incontrarli davvero, e la priorità con cui conviene impararli. Per ciascuno strumento: che cosa misura, chi lo somministra, e che cosa il musicoterapeuta deve saperne. Con glossario alfabetico e bibliografia essenziale per ogni contesto di lavoro.

Il titolo dice la regola: sono gli strumenti degli altri, e conoscerli non autorizza a somministrarli. Dove invece uno strumento è accessibile al musicoterapeuta formato, dentro un protocollo condiviso con l'équipe, la scheda lo dice esplicitamente. La competenza che questo volume costruisce è di lettura, di dialogo e di posizionamento — quella che fa entrare il musicoterapeuta nel ragionamento clinico condiviso da professionista, non da ospite.

Non si legge in poltrona: si tiene aperto sul tavolo, cinque minuti prima della riunione.

Volume 5 di 5, compagno di “Valutare in musicoterapia” (4), che ne dà la logica. L'opera comprende anche “Osservare” (1), “Progettare” (2) e il “Quaderno dei progetti” (3).