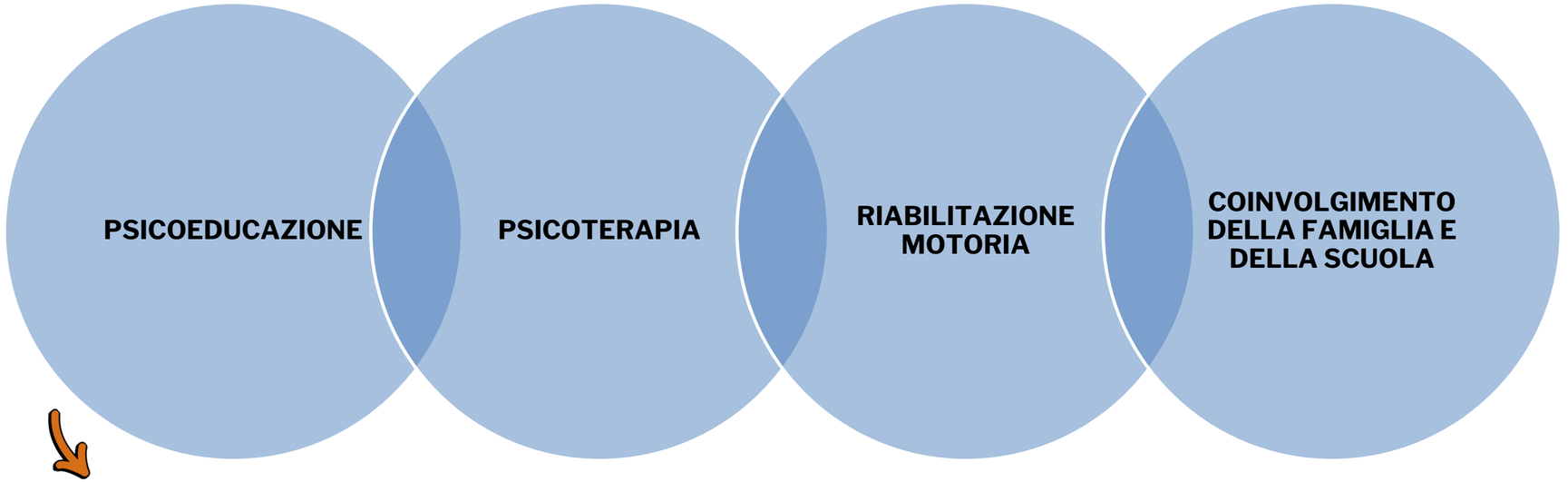
RIABILITAZIONE

NEI DISTURBI FUNZIONALI DEL MOVIMENTO

COMUNICAZIONE DIAGNOSTICA

Il modo in cui il medico comunica con il paziente e la famiglia ha un potente impatto sul processo di guarigione



www.neurosymptoms.org,
materiale informativo ecc.

Cosa ci dice la letteratura sulla riabilitazione motoria

- **Pochi studi** su pazienti pediatrici e casistiche ridotte
- Il trattamento deve essere il più possibile **globale e integrato con un approccio bio-psico-sociale**
- Importanza della **gestione delle comorbilità** se presenti
- Molti interrogativi su tempistiche della riabilitazione, in termini di frequenza ed intensità ottimale
- **Necessaria ricerca**

Sartori et all 2022

CONSENSUS FKT E TO

NEI DISTURBI FUNZIONALI DEL MOVIMENTO

J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2015 Oct;86(10):1113-9. doi: 10.1136/jnnp-2014-309255. Epub 2014 Nov 28.

Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation

Glenn Nielsen [1], Jon Stone [2], Audrey Matthews [3], Melanie Brown [3], Chris Sparkes [4], Ross Farmer [5], Lindsay Masterton [6], Linsey Duncan [6], Alisa Winters [2], Laura Daniell [2], Carrie Lumsden [6], Alan Carson [7], Anthony S David [8], Mark Edwards [9]

J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2020 Oct;91(10):1037-1045. doi: 10.1136/jnnp-2019-322281. Epub 2020 Jul 30.

Occupational therapy consensus recommendations for functional neurological disorder

Clare Nicholson [1], Mark J Edwards [2], Alan J Carson [3], Paula Gardiner [4], Dawn Golder [5], Kate Hayward [6], Susan Humblestone [7], Helen Jinadu [8], Carrie Lumsden [9], Julie MacLean [10], Lynne Main [11], Lindsey Macgregor [12], Glenn Nielsen [2], Louise Oakley [13], Jason Price [14], Jessica Ranford [10], Jasbir Ranu [6], Ed Sum [15], Jon Stone [3]

CONSENSUS FKT E TO

Modello di riferimento: cornice bio-psicosociale

Criteri per l'invio

Entrambi raccomandano:

- Diagnosi chiara e condivisa.
- Accettazione (anche parziale) della diagnosi da parte del paziente.
- Motivazione al cambiamento

Gestione del paziente

- Empatia e validazione del disturbo
- Comunicazione chiara e coerente.
- Coinvolgimento del paziente e dei caregiver.
- Lavoro multidisciplinare.

CONSENSUS FKT E TO

Modello di riferimento: cornice bio-psicosociale

Criteri per l’invio

Entrambi raccomandano:

- Diagnosi chiara e condivisa.
- Accettazione (anche parziale) della diagnosi da parte del paziente.
- Motivazione al cambiamento

Gestione del paziente

- Empatia e validazione del disturbo
- Comunicazione chiara e coerente.
- Coinvolgimento del paziente e dei caregiver.
- Lavoro multidisciplinare.

	Terapia Occupazionale (TO)	Fisioterapia (FKT)
Obiettivo principale	Migliorare la **partecipazione** alle attività significative (cura personale, lavoro, tempo libero).	**Ripristinare il movimento normale e la funzione motoria.**
Modello teorico	**Biopsicosociale:** considera fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti.	**Biopsicosociale + modello neurofisiologico**: sintomi come schemi motori appresi e attenzione auto-diretta.
Criteri per l'invio	Diagnosi chiara, **accettazione parziale, motivazione al cambiamento**, obiettivi funzionali.	Diagnosi chiara, **apertura alla diagnosi, desiderio di miglioramento**, obiettivi riabilitativi.
Approccio terapeutico	**Centrato sulla funzione e significato delle attività. Goal setting flessibile**	**Facilitatore del recupero motorio, guida nella rieducazione del movimento**.

	Terapia Occupazionale (TO)	Fisioterapia (FKT)
Tecniche specifiche	**Educazione, gestione della fatica, dolore, ansia, supporto al lavoro, routine, diario terapeutico.**	**Distrazione attentiva, esercizi funzionali, mirror therapy, FES, TENS, rilassamento muscolare.**
Strumenti utilizzati	COPM, MOHOST, OSA, Sensory Profile, AMPS.	Hoover's sign, EMG biofeedback, specchi, video, diario riabilitativo.
Gestione delle ricadute	**Piano scritto di prevenzione, obiettivi a breve/medio/lungo termine, follow-up.**	**Piano di autogestione, strategie per evitare il ciclo boom-bust, follow-up post-dimissione.**
Uso di ausili	Evitare nella fase acuta; **valutare caso per caso nella cronicità.**	Evitare ausili, tutori e immobilizzazioni; **uso solo temporaneo e con piano di dismissione**.

PRINCIPI DELLA CONSENSUS FKT

Focus su attività significative, non sul deficit.
Evitare ausili e tutori nella fase acuta.
Piano di prevenzione delle ricadute.

DISTRAZIONE

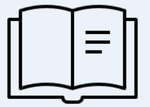
Ridurre l’attenzione auto-focalizzata e il controllo cognitivo volontario.
Favorire l’automatismo motorio attraverso la distrazione tramite conversazioni, musica, compiti mentali (es. calcoli).

VISUALIZZAZIONI

Immaginare il movimento o visualizzare scenari positivi.

USO DI SPECCHI E VIDEO

fornire feedback visivo e correggere la percezione corporea



DIARIO RIABILITATIVO

per rendere partecipe il paziente nel monitorare progressi, obiettivi e strategie

PRINCIPI DELLA CONSENSUS FKT

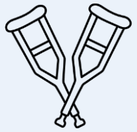
Focus su attività significative, non sul deficit.
Evitare ausili e tutori nella fase acuta.
Piano di prevenzione delle ricadute.

DESENSIBILIZZAZIONE

Stimolazione sensoriale graduale (es TENS) per allodinia/ipersensibilità

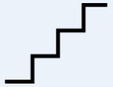
USO DEL LINGUAGGIO

Uso delle parole “giuste”
"lascia che la tua gamba venga avanti" può produrre movimento in un modo migliore di "fai un passo/muovi la tua gamba»



AUSILI

Evitare l’uso degli ausili o almeno prevedere un piano di dimissione



ESERCIZIO GRADUATO

Per evitare il ciclo boom-bust e migliorare la tolleranza allo sforzo

PRINCIPI DELLA CONSENSUS TO

Approccio centrato sulla funzione (non sul deficit) con attività significative per il paziente
Promozione dell'autogestione e dell'indipendenza.
Educazione sul disturbo e sulle strategie di coping

ATTIVITA' QUOTIDIANE

Training alle attività della vita (es. igiene, cura di sè...) quotidiana, partendo dal comportamenti funzionali

Supporto al ritorno al lavoro/studio con strategie graduali, collaborazione con datori di lavoro per adattamenti ragionevoli.
Esplorazione di ruoli alternativi se il ritorno non è possibile

FATICA E DOLORE

distribuzione equilibrata delle attività per evitare sovraccarichi e rendere consapevoli di come il dolore influenza la funzione

SUPPORTO AL BENESSERE

Riconoscimento e gestione dell'ansia (tecniche di respirazione) e dei pensieri negativi/ossessivi legati alla malattia. Promozione di attività motivanti e gradite al paziente

RIABILITAZIONE COGNITIVA

Routine strutturate e pianificazione giornaliera, educazione sul ruolo della fatica e del dolore

SENSORIALITA'

Personalizzare l'intervento tramite esposizione graduale a stimoli sensoriali (es. luce, suoni, tatto).
Riduzione di strategie compensative (es. occhiali da sole indoor).

PHYSIO4FMD

STUDY PROTOCOL Open Access

Physio4FMD: protocol for a multicentre randomised controlled trial of specialist physiotherapy for functional motor disorder

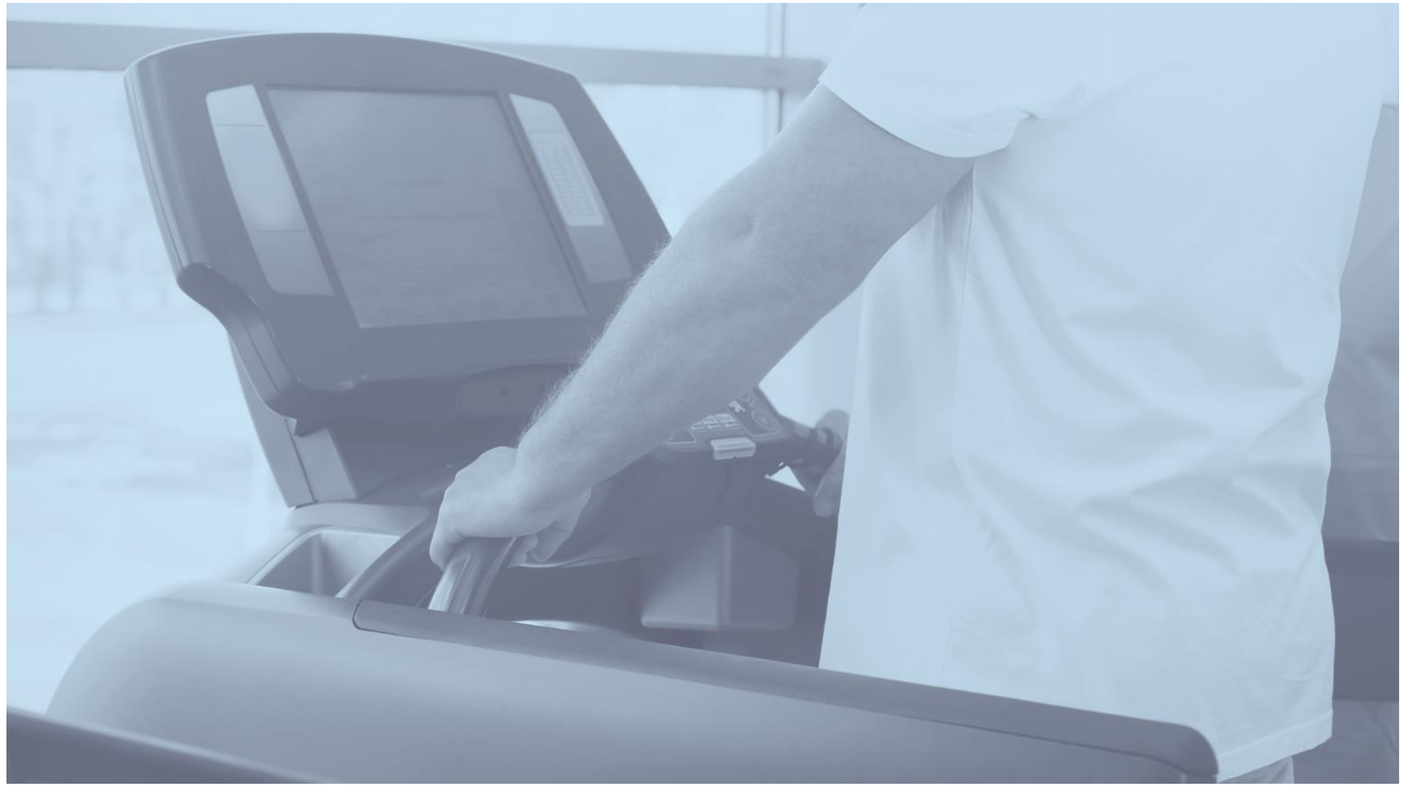
Glenn Nielsen[1*], Jon Stone[2], Marta Buszewicz[3,4], Alan Carson[2], Laura H. Goldstein[5], Kate Holt[1], Rachael Hunter[3,4], Jonathan Marsden[6], Louise Marston[3,4], Hayley Noble[1], Markus Reuber[7], Mark J. Edwards[1] and on behalf of the Physio4FMD Collaborative Group

Specialist physiotherapy for functional motor disorder in England and Scotland (Physio4FMD): a pragmatic, multicentre, phase 3 randomised controlled trial

*Glenn Nielsen, Jon Stone, Teresa C Lee, Laura H Goldstein, Louise Marston, Rachael Maree Hunter, Alan Carson, Kate Holt, Jon Marsden, Marie Le Novere, Irwin Nazareth, Hayley Noble, Markus Reuber, Ann-Marie Strudwick, Beatriz Santana Suarez, Mark J Edwards, on behalf of the Physio4FMD study group**

Which factors predict outcome from specialist physiotherapy for functional motor disorder? Prognostic modelling of the Physio4FMD intervention

Glenn Nielsen [a,*], Teresa C. Lee [b,i,j], Louise Marston [b,i], Alan Carson [c], Mark J. Edwards [d,k], Laura H. Goldstein [e], Rachael Maree Hunter [f,i], Kate Holt [a], Jon Marsden [g], Markus Reuber [h], Jon Stone [d], Irwin Nazareth [c,i]



Studio clinico di fase 3 multicentrico, randomizzato, controllato e pragmatico

PHYSIO4FMD

MODALITA' DI INTERVENTO

9 sedute di fisioterapia specialistica individuali (da completare in 3 settimane)

Durata del trattamento di un'ora
Workbook con attività standardizzate

Follow-up a 3 mesi

OBIETTIVI DELLA FKT SPECIALIZZATA

- Comprensione dei sintomi
- Rieducare il movimento reindirizzando l'attenzione
- Sviluppo capacità di autogestione

PHYSIO4FMD

PRINCIPI CHIAVE

PRESA IN CARICO DEI SINTOMI MOTORI

Comprendere cosa non va, **ridurre il valore di minaccia** dei sintomi e **promuovere un senso di controllo sul proprio problema di movimento**.

Identificare potenziali **strategie e incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alla riabilitazione**

→ ANALISI VIDEO, SPECCHI E AUTORIFLESSIONE.

RIEDUCAZIONE DEL MOVIMENTO E DELLA POSTURA

Spostare **l'attenzione** del partecipante lontano dal corpo, **concentrarsi sul task più che sul movimento** (stare in piedi)

Favorire **l'apprendimento motorio sequenziale** (es. trasferimenti).

Importanza del **problem solving cooperativo e feedback per riallineare il movimento**

→ ANALISI VIDEO, SPECCHI

RIFLESSIONI SULLE SESSIONI DI TRATTAMENTO

Cos'hai fatto? Perché? **Cosa è andato bene?** Cosa è stato difficile? Cosa cambieresti?

La seduta successiva comincia con la revisione delle riflessioni

→ QUADERNO DI RIABILITAZIONE

PIANO DI AUTOGESTIONE

Utilizzo del quaderno di lavoro in cui terapista e paziente creano in collaborazione un **piano per la gestione dei sintomi a lungo termine**

→ QUADERNO DI RIABILITAZIONE

PHYSIO4FMD

ALCUNE CONSIDERAZIONI

MODALITA' DI INTERVENTO

Nonostante la complessità, si è registrato un miglioramento dei sintomi

Soddisfazione da parte dei pazienti del trattamento di fisioterapia specialistica

Maggiore consapevolezza sui sintomi (diagnosi) e sulla gestione di essi nel gruppo FKT specialistica

↪ Necessità di gestione multidisciplinare e gestione delle comorbilità

↪ Necessità che il fisioterapista sia supportato da esperti clinici

FATTORI PROGNOSTICI POSITIVI

- Le **credenze del paziente** (sul controllo e la durata dei sintomi) **influenzano l'esito** più di variabili cliniche o demografiche.

- **Le aspettative e percezioni del paziente potrebbero essere target terapeutici** utili per migliorare l'efficacia del trattamento

BODY-MIND INTERVENTION

Evidence-Based Mind-Body Interventions for Children and Adolescents with Functional Neurological Disorder

Kasia Kozlowska, MBBS, FRANZCP, PhD, Catherine Chudleigh, D Clin Psych, MSc, Blanche Savage, MPsyc(Clin), GradDip (Family Therapy), Clare Hawkes, BPsych(hon), MClinPsych, PhD, Stephen Scher, PhD, JD, and Kenneth P. Nunn, MBBS, FRC Psych, FRANZCP, PhD

Psychologically Informed Physical Therapy for Children and Adolescents With Functional Neurological Symptoms: The Wellness Approach

Nicola Gray, B.Phty., Blanche Savage, M.Psyc.(Clin.), Grad.Dip., Stephen Scher, Ph.D., J.D., Kasia Kozlowska, M.B.B.S., Ph.D.

La presa in carico globale del paziente pediatrico con FND

IL MODELLO AUSTRALIANO

BODY-MIND INTERVENTION

1. **VALUTAZIONE NEUROLOGICA E DIAGNOSI POSITIVA**
2. **VALUTAZIONE BIOPSICOSOCIALE**
3. **VALUTAZIONE CLINICA**
4. **CO-COSTRUZIONE DEL PROGRAMMA MENTE-CORPO CON BAMBINO E FAMIGLIA**
5. **DALLA CO-COSTRUZIONE AL TRATTAMENTO**
6. **TRATTAMENTO RIABILITATIVO**
7. **HOME PROGRAM** (resilienza e prevenzione delle ricadute)

BODY-MIND INTERVENTION

PRINCIPI CHIAVE

1 VALUTAZIONE MEDICA/NEUROLOGICA

Per la formulazione di una diagnosi positiva di disturbo neurologico funzionale e spiegazione della diagnosi al paziente e alla sua famiglia

2 VALUTAZIONE BIOPSICOSOCIALE

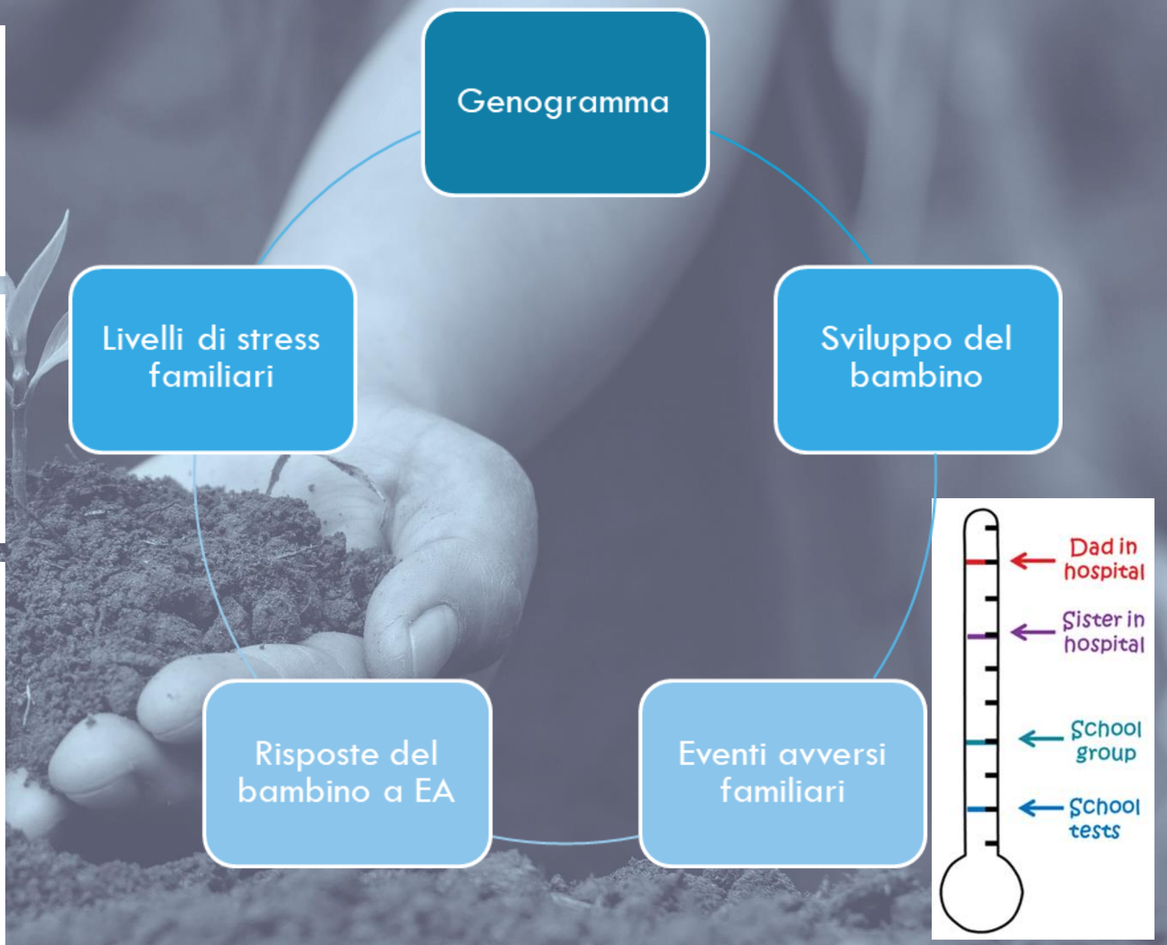
Valutazione da parte di un clinico che lavora in un servizio di psicologia (equipe specializzata) per una maggiore comprensione ed accettazione della diagnosi

3 VALUTAZIONE CLINICA CON IL BAMBINO E LA FAMIGLIA

Costruire una relazione terapeutica

Raccogliere la storia evolutiva e la storia familiare consentendo una concettualizzazione del sintomo nel contesto di vita

Co-costruire una FORMULAZIONE: spiegazione di ciò che è accaduto per innescare il processo di malattia e sintesi



BODY-MIND INTERVENTION

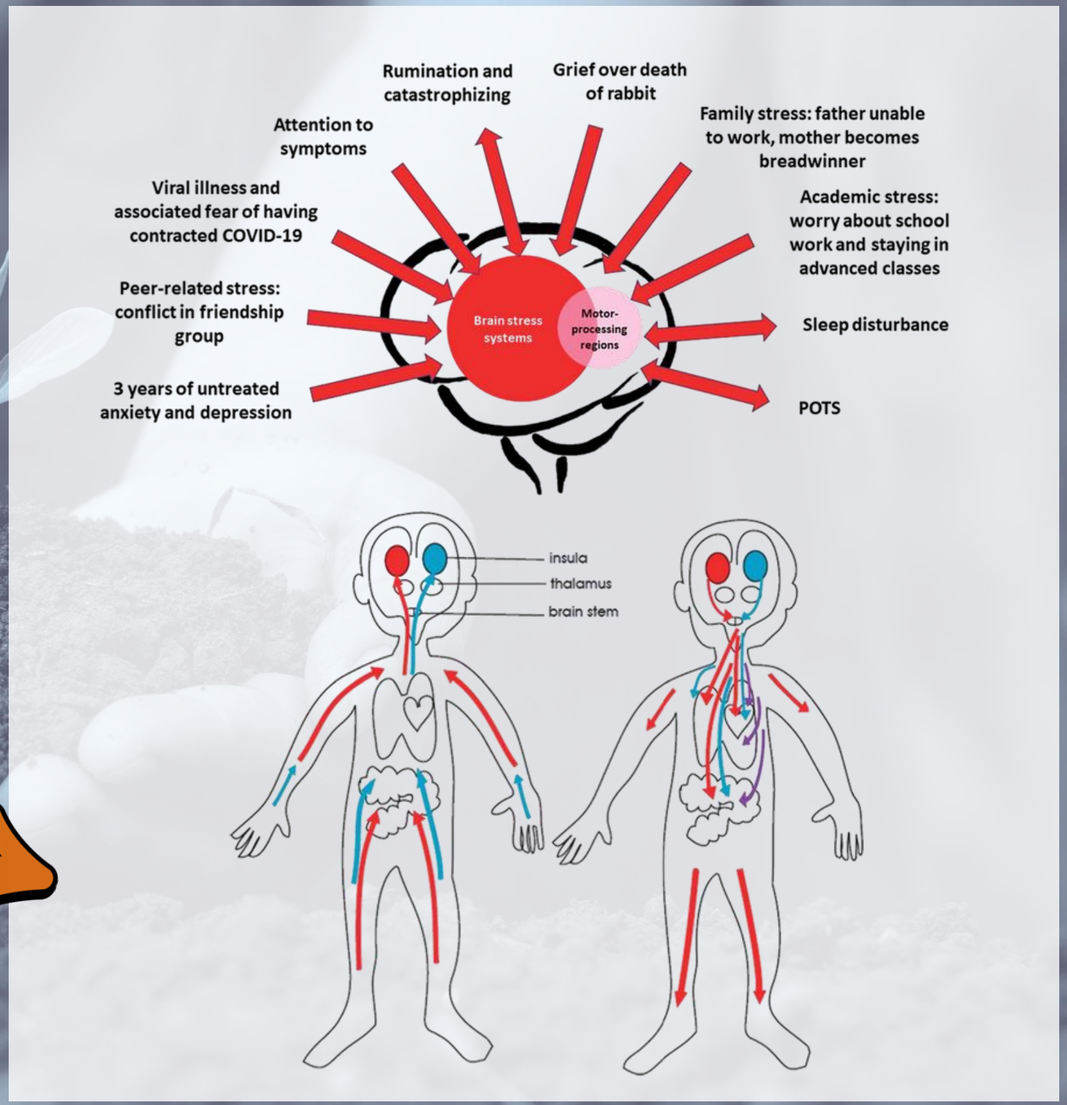
PRINCIPI CHIAVE

4 CO-COSTRUZIONE DELLA FORMULAZIONE

Il clinico integra la sua conoscenza del disturbo funzionale con la storia familiare

- Ipotesi su fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti e fattori di protezione

- Il **linguaggio** utilizzato durante la formulazione **è quello proprio della famiglia**, per mettere ben a fuoco quella storia familiare e far emergere il suo significato clinico e permettere alla famiglia di entrare in **risonanza con la formulazione**, in quanto incorpora la loro esperienza vissuta.



Fase 3 e Fase 4
avvengono in un incontro di 1 o 2 ore con bambino e famiglia.

BODY-MIND INTERVENTION

PRINCIPI CHIAVE

5-6 DALLA FORMULAZIONE AL TRATTAMENTO

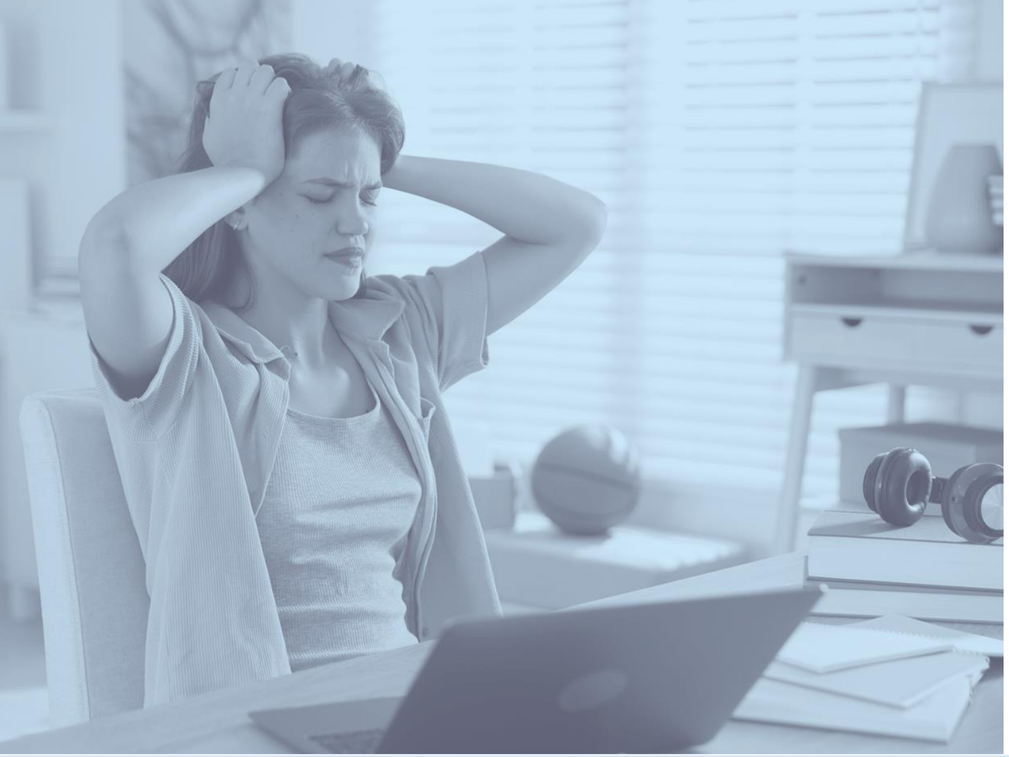
- **Gestione dell'attenzione**
- **Strategie di regolazione del sistema di stress** (sviluppare la capacità di leggere le sensazioni corporee, il livello di attivazione o calma e la consapevolezza corporea, mettere in atto strategie di regolazione top-down o bottom-up)
- **Psychologically Informed Physical Therapy**
- **Ripresa della frequenza scolastica**
- **Terapia farmacologica**
- **Interventi sul sonno**

7 HOME PROGRAM

Adottare gli elementi del programma nell'ambito domestico e delle attività quotidiane

Bottom-up (body) regulation strategies – Slow-breathing interventions (with or without biofeedback guidance) – Humming (e.g., humming a favorite tune) or use of the voo sound – Grounding interventions (e.g., a focus on the felt sense of the ground) – Bottom-up mindfulness (e.g., focusing on a calm part of the body, on the breath (if slow and calming), or on the felt sense relating to a repetitive calming movement (e.g., tensing and relaxing the thighs, passing a ball from hand to hand, gentle rocking) – Progressive muscle relaxation – Sensory strategies (e.g., weighted blankets or toys, slime, fidget toys) – Repetitive activities (e.g., swinging on a swing, jumping on a trampoline, bouncing a ball)
Top-down (cognitive) regulation strategies – Changing focus-of-attention away from the symptoms onto something else (also known as distraction) – Visualization exercises (e.g., visualizing the self in a safe place that is calming) – Guided imagery – Positive self-talk (e.g., I can do this, this will pass) – Hypnosis – Top-down mindfulness (e.g., observing thoughts coming and going like leaves on a stream or clouds in the sky; practicing noticing thoughts without judgment; formal meditation)

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY



PREMESSE

- I sintomi del FND emergono quando lo stress, fisico ed emotivo, innesca un’attivazione eccessiva dei sistemi di stress
  - ↘ **Interruzione o alterazione di funzionamento nelle regioni motorie, sensoriali ed elaborazione del dolore**
- L’attenzione ai sintomi FND li peggiora
- La riabilitazione fisica aumenta la resilienza, modula i meccanismi coinvolti nel dolore e migliora l’ansia, la depressione e il sonno

SFIDE DEL TERAPISTA

- Coinvolgere il ragazzo che ha avuto esperienze negative pregresse dal pdv medico
- Gestire il dolore, le vertigini, la stanchezza e gli svenimenti
- Gestione sintomi concomitanti (ansia, attacchi di panico)

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY

Fisioterapia
come parte di un processo
di un processo
multidisciplinare più
ampio, in cui tutti i sintomi
del disturbo vengono presi
in carico

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY

Lo scopo della prima seduta è:

- Creare una relazione terapeutica con i genitori e il bambino
- Creare uno spazio sicuro per il bambino

VALUTAZIONE SOGGETTIVA (quello che il bambino riporta)

Viene raccolta una breve anamnesi e viene chiesto di descrivere l'esperienza soggettiva di malattia e dei sintomi

VALUTAZIONE OGGETTIVA (quello che il terapista osserva)

Osservazione della capacità funzionale del bambino

- In modo indiretto
- Valutazione della funzione fisica con test

COSA ASPETTARSI DA UNA SEDUTA DI *Psychologically informed phisycal therapy*?

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY

DIMENSIONE FISICA DEL TRATTAMENTO

Le attività sono adattate alle esigenze fisiche di ogni bambino e **vengono implementate in modo molto graduale**

Vengono utilizzate **tecniche di distrazione** per distogliere l'attenzione del paziente sul sintomo

Interventi paradossali: a volte l'intervento non sembra avere una connessione diretta sul sintomo (es giocare a pallavolo in acqua per un pz con un'emiparesi)

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY

VERTIGINI

Aumentare la tolleranza attraverso proposte graduali di variazioni posturali.

PAZIENTE ALLETTATO

Iniziare dal letto del paziente, concentrarsi su qualsiasi attività muscolare disponibile attraverso proposte giocose e motivanti

AUSILI

Quando possibile non fornire alcun ausilio; può essere però indicato l'utilizzo per facilitare qualsiasi forma di movimento o come porta d'accesso al progresso

GESTIONE DELLE CADUTE

Rassicurare in una migliore gestione possibile della caduta.
Eventualmente utilizzare ausili per contenere il rischio di farsi male

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY

ALLODINIA

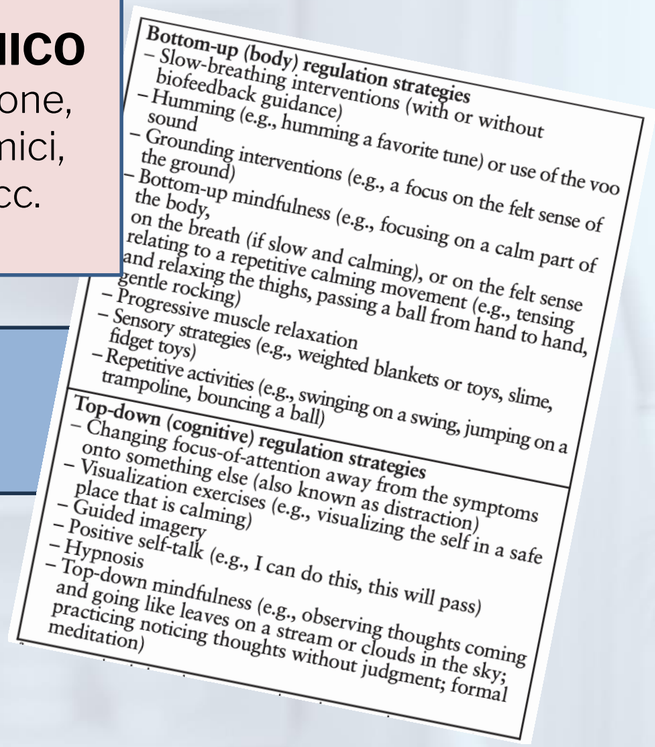
Compiti sensoriali con lo scopo di desensibilizzare l'area (es. mettere la crema)

FS

ANSIA/ATTACCHI DI PANICO

Istruire a strategie di regolazione, riconoscere i segnali prodromici, esercizi di visualizzazione ecc.

PROGRAMMA COMPORTAMENTALE



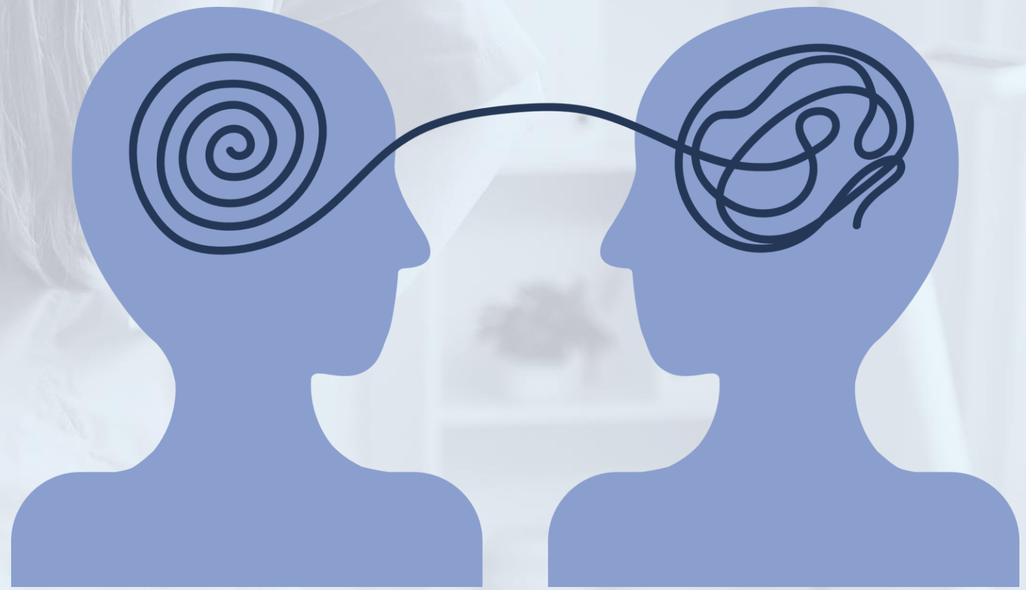
Bottom-up (body) regulation strategies
- Slow-breathing interventions (with or without biofeedback guidance)
- Humming (e.g., humming a favorite tune) or use of the voo sound
- Grounding interventions (e.g., a focus on the felt sense of the ground)
- Bottom-up mindfulness (e.g., focusing on a calm part of the body, on the breath (if slow and calming), or on the felt sense relating to a repetitive calming movement (e.g., tensing and relaxing the thighs, passing a ball from hand to hand, gentle rocking)
- Progressive muscle relaxation
- Sensory strategies (e.g., weighted blankets or toys, slime, fidget toys)
- Repetitive activities (e.g., swinging on a swing, jumping on a trampoline, bouncing a ball)

Top-down (cognitive) regulation strategies
- Changing focus-of-attention away from the symptoms onto something else (also known as distraction)
- Visualization exercises (e.g., visualizing the self in a safe place that is calming)
- Guided imagery
- Positive self-talk (e.g., I can do this, this will pass)
- Hypnosis
- Top-down mindfulness (e.g., observing thoughts coming and going like leaves on a stream or clouds in the sky; practicing noticing thoughts without judgment; formal meditation)

PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHYSICAL THERAPY

DIMENSIONE PSICOLOGICA DEL TRATTAMENTO

- ASCOLTO ATTIVO
- SPOSTARE IL FOCUS DELL'ATTENZIONE
- USO DI UN LINGUAGGIO POSITIVO PER INCORAGGIARE I PROGRESSI
- ADATTARE LA RISPOSTA AL RINFORZO



PSYCHOLOGICALLY INFORMED PHISYCAL THERAPY

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

GRADUATI

RAGGIUNGIBILI

A BREVE TERMINE

OBIETTIVI DEFINITI IN COLLABORAZIONE CON IL BAMBINO

FAVORIRE PADRONANZA, PIACERE E SENSO DI CONTROLLO DA PARTE DEL BAMBINO

ALLEANZA TERAPEUTICA

LA NOSTRA PROPOSTA

LA NOSTRA PROPOSTA

TEMPI E MODALITA’

RICOVERO*

Il trattamento avrà cadenza possibilmente giornaliera

AMBULATORIALE

Si concorda con la famiglia la frequenza del trattamento

Il setting, la durata, l’intensità e le modalità vengono personalizzate sul paziente
Le sedute si svolgeranno in assenza dei genitori, salvo eccezioni

LA NOSTRA PROPOSTA

Terapista

- Accogliere il paziente
- Non sminuire il sintomo ma empatizzare con il suo vissuto
- Rispettare le sue sensazioni, rassicurarlo che le proposte saranno graduate, tarate in base alla risposta
- Evitare di portare l'attenzione solo sul sintomo ma avere un approccio globale sul benessere del ragazzo/a
- Comprendere il funzionamento del paziente (es. gli piace la sfida /poco propositivo)
- In caso di insofferenza e/o destabilizzazione emotiva ridurre gli aspetti richiestivi del compito

Setting

- Il setting è ludico, cognitivamente stimolante e orientato agli interessi del bambino e facilita lo spostamento dell'attenzione dal sintomo
- Scegliere e variare le proposte riabilitative per poter ingaggiare e motivare il paziente, in un clima di benessere
- Se il paziente esegue il compito senza mostrare segni di insofferenza, proseguire senza riportare l'attenzione sul sintomo
- Deviazione dell'attenzione vs consapevolezza corporea

Obiettivi

- Step by step (circa una settimana)
- Realistici
- Flessibili chiari e condivisi dal paziente (ruolo attivo)
- Verificabili

Punti chiave

Intervenire sul disordine funzionale in base al livello di malessere percepito e all'impatto sul funzionamento quotidiano, dando priorità al sintomo che il paziente ritiene più facilmente modificabile

Sostenere il ritorno alle abitudini quotidiane, gestendo se necessario questo passaggio con gradualità

RIFLESSIONI

Paziente

- Percezione della seduta
- Feedback sugli obiettivi
- Trasferibilità

Genitori

- Feedback soggettivo del ragazzo vs colloqui
- La generalizzazione non è scontata

Terapista

- Deviazione dell'attenzione vs lavoro sulla consapevolezza
- Compiti a casa

Il terapista può diventare un punto di riferimento anche sul piano emotivo: *come gestire questo spazio senza sconfinare nella psicoterapia*?

Momenti di IMPASSE: l'invio in psicoterapia e/o la necessità di un confronto con l'equipe e lo psicoterapeuta

RIUNIONI DEL TEAM

- **Aggiornamenti periodici** con tutti gli specialisti coinvolti nella presa in carico
    - Confronto con il NPI e la psicologa dell'equipe
    - Colloqui con lo psicoterapeuta (se presente)

- Coordinamento sulle strategie di trattamento

RUOLO DELLA FAMIGLIA E DELLA SCUOLA

Genitori

Colloqui periodici bimestrali

Fornire al caregiver informazioni e supporto per favorire una partecipazione attiva al processo di riabilitazione

Scuola

Fornire informazioni e strategie di gestione dello studente con FND

Eventuale PEP o BES flessibili per permettere allo studente di riappropriarsi della sua quotidianità

GRAZIE!

IL GRUPPO DI LAVORO

Nardo Nardocci
Tiziana Granata
Roberta Solazzi
Federica Zibordi
Emanuela Pagliano
Claudia Dosi
Riccardo Masson
Ilaria Pedrinelli
Marta Viganò
Daniela Sarti
Martina Paini
Shari Gandelli
Sofia Biagi
Luca Andreoli
Susanna Fiori
Tiziana Casalino