



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienza Riabilitative delle
Professioni Sanitarie

**BISOGNI E CRITICITA' DEI TNPEE: STUDIO TRASVERSALE
SU DISTRIBUZIONE, FORMAZIONE,
STATO OCCUPAZIONALE DEI PROFESSIONISTI IN ITALIA**

Relatrice: Prof.ssa
D'Antuono Mariarosaria

Tesi di Laurea di:
Dominici Monia

A.A. 2022/2023

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
2. QUADRO STORICO DEL TNPEE.....	6
▪ STORIA DEL TNPEE IN ITALIA: LA NASCITA DI UNA PROFESSIONE	6
▪ STORIA DELLA METODOLOGIA: CONFLUENZA DI DIVERSE DISCIPLINE RIABILITATIVE.....	10
▪ STORIA DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA (NPM).....	11
3. FORMAZIONE DEL TNPEE.....	13
▪ PROCESSO DI BOLOGNA.....	13
▪ SPECIFICITÀ PERCORSO FORMATIVO TNPEE	13
▪ OBIETTIVI FORMATIVI DEL CDL IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA DI UNIVPM.....	15
▪ OBIETTIVI FORMATIVI TNPEE SUDDIVISI PER ANNI UNIVERSITARI.....	19
▪ TIROCINIO: RIFLESSIONI INTEGRATE TRA CORE COMPETENCE E ESPERIENZA PROFESSIONALE	22
▪ FORMAZIONE A MEDIAZIONE CORPOREA DEL TNPEE: RIFLESSIONI INTEGRATE TRA CORE COMPETENCE E ESPERIENZA PROFESSIONALE.....	26
4. COMPETENZE PROFESSIONALI DEL TNPEE	32
▪ COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI DEL TNPEE SPECIFICHE SECONDO IL MODELLO ISFOL	32
▪ TNPEE IN ITALIA: FIGURA PROFESSIONALE E CORE COMPETENCE.....	34
▪ RICONOSCIMENTO TITOLI ESTERI E LIBERA CIRCOLAZIONE DEI PROFESSIONISTI TNPEE NELL'UNIONE EUROPEA.....	35
▪ PROSPETTIVE IN EUROPA E NEL MONDO	35
5. PROGETTO	40
▪ OBIETTIVI.....	40
6. MATERIALI E METODI	41
▪ RICERCA TNPEE: POPOLAZIONE ITALIANA TOTALE.....	41
▪ RACCOLTA DATI POPOLAZIONE IN ITALIA IN ETÀ EVOLUTIVA	41
▪ RICERCA SEDI DEI CDL E CONSULTAZIONE PIANI DI STUDIO A.A. 2022/23.....	41
▪ QUESTIONARIO: CREAZIONE E DIFFUSIONE	42
7. RISULTATI.....	44
▪ DISTRIBUZIONI TNPEE ESERCITANTI IN ITALIA PER REGIONI E CDA PROVINCIALI	44
▪ RACCOLTA DATI POPOLAZIONE IN ITALIA IN ETÀ EVOLUTIVA	48

▪ SEDI DEI CDL ATTIVI E PIANI DI STUDIO A.A. 2022/23	49
8. DISCUSSIONE	52
▪ ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE: DISTRIBUZIONE DEI TNPEE IN ITALIA RAPPORTATA AL FABBISOGNO DELLA POPOLAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA	52
▪ ANALISI DEL QUESTIONARIO	63
▪ ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE: DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE	63
▪ ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE: FORMAZIONE TNPEE	77
9. CONCLUSIONI	91
10. BIBLIOGRAFIA	95
11. SITOGRAFIA.....	97
12. ALLEGATI.....	98
RINGRAZIAMENTI.....	104

1. INTRODUZIONE

La spinta per la scelta dell'argomento del mio elaborato di tesi magistrale in "Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie" è la sommatoria di diversi fattori che intrecciano vita personale e professionale.

Nel 2002 un'esperienza di volontariato, successiva al conseguimento della maturità scientifica, mi porta per un lungo periodo in Perù attraverso l'Operazione Mato Grosso e mi fa affacciare al mondo dei minori con disabilità. È un viaggio che snoda tutte le successive scelte della mia vita.

Al rientro in Italia cerco di capire quale fosse il percorso universitario più adatto a prepararmi per una professione che mi garantisse un lavoro all'interno di una relazione d'aiuto esclusivamente legata ai minori con disabilità.

È così che arrivo ad individuare e scegliere il CdL in "Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva" (TNPMEE) e inizio a comprendere, seppur con poco coscienza, la peculiarità della mia futura professione: "ETA'EVOLUTIVA". Un sostantivo e un aggettivo che da lì in poi saranno per me un inscindibile tutt'uno.

Attraverso contatti personali vengo a conoscenza che presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia del Policlinico "Agostino Gemelli" di Roma, è attivo il CdL di mio interesse. Ancora una volta è la sfera personale che guida una scelta formativa e mi catapulta nella Capitale d'Italia che è in qualche modo anche la capitale del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE). È infatti proprio Roma che vede gli arbori della nascita della figura professionale del TNPEE così come la conosciamo oggi e mi permette di iniziare precocemente i confronti e gli scambi tra studenti e professionisti TNPEE di tre Facoltà diverse (in aggiunta alla mia sede, anche Università La Sapienza e Tor Vergata).

Durante i Tirocini universitari frequento il Reparto di NPI e la TIN (nella quale svolgo la tesi) del Policlinico Gemelli, Centri Privati Convenzionati e Aziende Pubbliche Territoriali in cui la figura del TNPEE è consolidata e strutturata.

Nel novembre del 2005 mi laureo e inizio immediatamente ad esercitare la professione a Roma presso due Centri Privati Convenzionati.

Nel 2006, ancora per motivi personali, faccio rientro nelle Marche.

Da subito mi appare chiaro che la conoscenza della figura del TNPEE nella nostra regione, sia nell'opinione pubblica che tra gli utenti e i professionisti della salute, era marginale e poco chiara, spesso del tutto assente.

Di conseguenza l'inserimento del TNPEE nel percorso di presa in carico riabilitativa era estremamente limitato: un'unica TNPEE in tutta l'area vasta della provincia di mia residenza (PU); assenza di studi privati di TNPEE sull'intero territorio provinciale; un unico ente Privato Convenzionato (fondato a Milano) con la figura del TNPEE in organico dove inizio a esercitare la professione.

Proprio nell'ente privato-convenzionato in cui ero inserita notavo: differenza di tipologie di pazienti presi in carico da TNPEE a TNPEE; disomogeneità di formazione universitaria in base alle sedi delle facoltà di provenienza.

Da queste osservazioni nascono precocemente alcune domande che nel tempo si definiscono e maturano:

Quali sono i motivi che spiegano una distribuzione dei TNPEE in Italia tanto disomogenea?

Quali sono i processi che regolano l'inserimento lavorativo dei TNPEE nelle équipe riabilitative multidisciplinari dei soggetti in età evolutiva?

Come favorire la diffusione della nostra professione?

Perché i professionisti della salute compresi quelli dell'area della riabilitazione e i medici che seguono soggetti minori non conoscono o conoscono superficialmente la figura del TNPEE?

Perché la stessa qualifica di TNPEE non corrisponde a percorsi formativi universitari omogenei?

Ad oggi dopo circa 18 anni di esercizio della professione inizialmente nel territorio di Roma e per la maggior parte degli anni successivi diviso tra le province di Ancona e di Pesaro-Urbino, dopo aver lavorato in diversi studi privati, in un centro privato convenzionato e attualmente in un Servizio pubblico territoriale, osservo che lentamente la diffusione e la conoscenza della figura del TNPEE sta aumentando. Ritengo che questo sia un processo ancora in fase iniziale nel nostro e in altri territori italiani, che vada sostenuto e implementato.

Grazie al continuo confronto con colleghi di tutta Italia e con studentesse per le quali ho svolto ruolo di tutor di tirocinio ho potuto consolidare l'iniziale intuizione rispetto la disomogeneità di formazione universitaria dei TNPEE sia per le aree degli insegnamenti professionalizzanti che per il tirocinio e la formazione a mediazione corporea. Ipotizzo che questo sia dovuto alla "storia" delle singole facoltà di provenienza. Allo stesso modo ipotizzo che la distribuzione in Italia dei TNPEE sia legata alla "geografia" delle sedi dei CdL.

Abbiamo bisogno di creare un'identità professionale solida, basata su qualità e omogeneità degli iter formativi caratterizzanti e sulla partecipazione attiva di tutti i professionisti TNPEE a questo percorso identificativo. A mio parere potrebbero essere queste le solide basi per iniziare a rispondere alle domande sopra esposte.

Il presente elaborato dal titolo **"Bisogni e criticità dei TNPEE: studio trasversale su distribuzione, formazione, stato occupazionale dei professionisti in Italia"** vuole essere un primo step per "fotografare" l'attuale situazione italiana dei TNPEE esercitanti sia sull'ambito lavorativo che della formazione.

Un passo necessario e dovuto, anche alla luce della legge n.3 del 2018 che riforma il sistema ordinistico delle professioni sanitarie e che, tramite i decreti attuativi, istituisce gli albi delle 17 professioni sanitarie fino a questo momento regolamentate ma non ordinate, tra queste quella del TNPEE che, con le altre, entra a far parte del TSRM PSTRP (Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione).

Un traguardo atteso da anni che rappresenta un tassello di riforma per tutto il sistema sanitario nell'ottica di una sempre maggiore valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie e, contestualmente, di una migliore tutela del diritto alla salute dei cittadini, compresi quelli in età evolutiva e delle relative famiglie.

2. QUADRO STORICO DEL TNPEE

▪ STORIA DEL TNPEE IN ITALIA: LA NASCITA DI UNA PROFESSIONE

Per introdurre una panoramica storica è necessario dichiarare fin da subito che le “anime” sottese a nascita e sviluppo della figura del TNPEE in Italia sono varie.

È necessario specificare che la PSICOMOTRICITA' e lo PSICOMOTRICISTA non coincidono con la TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA (TNPME) e il TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA (TNPEE).

È importante specificarlo per chiarezza, in quanto nonostante nella dicitura delle due qualifiche sia inserito lo stesso sostantivo (psicomotricità), i due ambiti da un lato si “incontrano” e dall'altro si “differenziano” sostanzialmente nello sviluppo della professione, nei contenuti, nella metodologia e nella normativa.

La PSICOMOTRICITA' nasce in Francia nei primi anni del '900. I francesi avevano intuito che il movimento corporeo poteva essere collegato al pensiero e dunque poteva diventare uno strumento influente sulla sfera cognitiva e relazionale.

Per primo Duprè prende atto delle interazioni e delle interferenze tra turbe motorie e turbe mentali, parlando di “coppie psicomotorie” e superando lo storico dualismo tra mente e corpo.

Successivamente verso la metà del '900 gli apporti della neuropsichiatria infantile affiancati a quelli della psicobiologia di Wallon e della psicologia genetica di Piaget consentono l'elaborazione di concetti che saranno acquisiti come elementi fondamentali del Pensiero Psicomotorio (come lo schema corporeo, il dialogo tonico, il comportamento psicomotorio).

Altri contributi arriveranno negli anni dalle teorie psicanalitiche e dal pensiero fenomenologico, dall'applicazione della pratica psicomotoria nel campo della pedagogia (Le Boulch), dalla neurofisiologia (Luria), dalla psichiatria infantile (notevolissimo impulso alle pratiche psicomotorie fu dato dal neuropsichiatra Julian de Ajuriaguerra), dalla pedagogia che ha saputo sottolineare l'importanza del gioco e dell'azione nel processo di apprendimento e socializzazione del bambino (Winnicott, Bruner, Montessori).

La Francia resta la culla della psicomotricità. Questa nazione vede la nascita di diverse “scuole”, tra le più note quelle di Aucouturier, Lapiere, Vayer, Le Boulch.

In Italia la pratica psicomotoria fa il suo ingresso verso la fine degli anni Sessanta del '900.

Inizia a essere utilizzata in ambito pedagogico presso alcune Scuole Speciali del Nord Italia che accolgono bambini con Ritardo Mentale (definiti «subnormali») e viene accolta con molto interesse da parte di pedagogisti e insegnanti, poiché rappresenta un nuovo modo di osservare e di interagire con il bambino.

All'inizio del decennio seguente, si afferma sempre più il progetto di chiudere le Scuole Speciali e nel 1977 con la Legge n. 517 vengono effettivamente abolite le classi differenziali per alunni disadattati, a favore del diritto all'integrazione del disabile in classi composte da alunni normodotati e affiancate dalla presenza dell'insegnante di sostegno.

Così, a partire dagli anni Ottanta fino ai giorni nostri, la Psicomotricità inizia a fornire nuovi strumenti di intervento agli insegnanti e trova una sua collocazione sul piano educativo-pedagogico sia per il bambino sano sia per quello con difficoltà.

In Italia la psicomotricità era e rimane una disciplina non medica, si rivolge a tutte le fasce di età e si iscrive in una corrente filosofica che collega l'esperienza vissuta con il proprio corpo e la formazione del pensiero.

Lo psicomotricista in Italia viene ad oggi considerato una figura socioeducativa che opera considerando l'individuo nella sua globalità, si interessa dello sviluppo e delle relazioni, dirette e non, fra le differenti funzioni motorie e le competenze affettive, emotive, cognitive e sociali della persona. Parallelamente a questo processo di definizione della psicomotricità in ambito pedagogico, negli stessi anni Sessanta si realizzano le prime esperienze di trattamento psicomotorio in ambito terapeutico-riabilitativo in diversi servizi e realtà: il reparto ospedaliero milanese dedicato a bambini sordi, gli Istituti Medico Pedagogici, i Centri Socio Sanitari di Zona (CSZ), i Servizi di Igiene Mentale dei Comuni (SIMEE) e successivamente in numerosi Centri di Riabilitazione privati e pubblici.

In particolare, nella scuola romana dell'Istituto di Neuropsichiatria infantile del Policlinico Umberto I (Via dei Sabelli), il Prof. Bollea, sempre a partire dagli anni '60, sviluppa in modo articolato la neuropsichiatria infantile (NPI) italiana e la terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPMEE).

La ristrutturazione della sezione infantile della Clinica romana delle Malattie Nervose e Mentali, negli anni '50, aveva comportato l'apertura di un Centro di Rieducazione Motoria dedicato alle PCI (paralisi cerebrali infantili) e ad altri disturbi del movimento.

In quel periodo, dedicarsi al settore infantile della neuropsichiatria equivaleva ad occuparsi soprattutto del ritardo mentale (o, come si diceva, delle "oligofrenie") e delle "infermità motorie" (successivamente inquadrate come PCI).

Giovanni Bollea, figura fondamentale per la NPI nel panorama nazionale ed internazionale, dà con il suo lavoro un forte impulso alla nuova disciplina affinché si espanda rapidamente nelle aree della neurologia, della psichiatria, dei disturbi neuropsicologici e del linguaggio, e naturalmente anche della riabilitazione. La NPI si diffonderà con tale complessità nelle principali sedi accademiche italiane.

Nel 1959 a Roma e a Genova vengono avviate le prime Scuole di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile.

Bollea vuole fin dall'inizio che una figura riabilitativa si affianchi al neuropsichiatra nell'approccio sia diagnostico che terapeutico: **un terapeuta unico per l'età evolutiva immaginato quale indispensabile supporto della disciplina medica che egli andava articolando in Italia.**

In quel periodo vengono avviati corsi sempre più articolati, volti a preparare, in tempi brevi, personale tecnico in grado di operare su patologie neuromotorie in ambito infantile.

Il 1° gennaio 1955 l'Alto Commissariato della Sanità Pubblica istituisce presso le Cliniche neurologiche dell'Università di Roma e di Milano un corso semestrale straordinario "allo scopo di preparare rapidamente un primo gruppo di tecnici per aprire dei Centri di Rieducazione motoria per fanciulli affetti da paralisi cerebrale". I corsi si ripetono sotto il patronato della C.R.I., con una durata rapidamente crescente.

Il corso del 1961 ha durata biennale; quello del 1963 richiede anche un anno di tirocinio e la discussione di una tesi.

Dalla metà degli anni '60 i corsi svolti presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali vengono istituiti come "Scuola Diretta a Fini Speciali".

Nel 1965 viene istituita a Roma la Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, affidata proprio a Giovanni Bollea: la sede sarà dal '67 l'Istituto di Via dei Sabelli. Qui si insegna la parte specificamente infantile dei corsi per terapisti; la parte pratica viene appresa dalle terapisti formatesi sotto la supervisione della Prof.ssa Marinella Rosano, allieva di Bollea.

Partecipano ai primi pionieristici anni di lavoro nell'ambito riabilitativo un ristretto numero di giovanissime ragazze, che assumeranno in momenti successivi, ma temporalmente non così

differenziati, il ruolo di studentesse di corsi per “Kinesiterapisti” o per “Ortofonisti”, poi di operatori professionali, quindi di docenti del corso medesimo.

Ci sono resistenze accademiche alla costituzione di una scuola riabilitativa specificamente dedicata all’età evolutiva e al settore neuropsichiatrico.

Nel 1969 viene istituito il primo corso di aggiornamento per rieducatori della psicomotricità, promosso dall’Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell’Università di Milano.

Nel 1973 si apre presso l’Università La Sapienza di Roma la Scuola Speciale per “Tecnici Riabilitatori della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva”, seguita da quella di Messina.

Sempre nel 1973 la Regione Lombardia organizza un corso biennale per educatori e tecnici della psicomotricità presso l’AIAS di Milano.

La denominazione di “Tecnico Riabilitatore” riflette un’identità professionale non ancora ben definita e una differenziazione ancora in fieri tra l’area tecnica e quella riabilitativa.

I docenti impartiscono soprattutto nozioni di neurologia, kinesiologia, psicologia infantile.

Collaborando con i primi specialisti in NPI, le prime terapisti romane danno inizio ad una lunga tradizione di studio clinico e sperimentazione, sia delle modalità di valutazione che delle proposte terapeutiche per le patologie neuropsichiatriche, che si trasforma nel tempo in un vero e proprio modello clinico, sia teorico che pratico.

Si tratta di un approccio specifico, rivolto all’infanzia e all’adolescenza.

Con l’istituzione del SSN prendono l’avvio anche corsi riabilitativi di vario orientamento, tenuti dalle Regioni o da esse riconosciuti, che formano le più diverse tipologie di “Terapisti della Riabilitazione”. È in questo momento che si rende necessaria una revisione degli statuti delle Scuole universitarie di TNPMEE, che dal 1980 rilasciano il titolo di “Terapisti della Riabilitazione della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva”.

Ma è solamente nel 1982, con Decreto del Presidente della Repubblica n. 162 che i corsi di studio delle scuole dirette a fini speciali diventano corsi universitari ufficiali, hanno durata biennale o triennale e si concludono con il rilascio di un diploma previo superamento di un esame di Stato.

Nel novembre del 1985 nel Convegno Nazionale di Salsomaggiore Terme, in preparazione al Convegno Internazionale di Nizza del 1986, si concretizza nel tema «L’apporto e l’approccio italiano alla teoria e alla pratica della Psicomotricità» l’intento di riuscire a dare il più possibile una definizione chiara e coerente dell’intervento psicomotorio e individuare una strada per il suo riconoscimento. È in questa occasione che il professor Bollea lancia la proposta di creare, assieme a tutti i responsabili delle scuole di Psicomotricità, una base comune di lavoro per poter avviare le richieste di riconoscimento della professione ponendo le basi per il successivo sviluppo formale della TNPMEE differenziata dalla Psicomotricità.

Il 5 aprile 1986 a Roma, presso l’Istituto di Neuropsichiatria Infantile, ha luogo la prima riunione di tutti i direttori delle Scuole di Psicomotricità e dei responsabili di Centri e organismi che si occupano del settore, con all’ordine del giorno: “*l’armonizzazione dei programmi di formazione*” in Psicomotricità. Si raggiunge un accordo di massima sulla durata dei corsi, fissata in 3 anni, e sul monte ore, stabilito in 1200.

Sulla scia della «Commissione Bollea», nasce nel 1987 l’Associazione ANUPI (Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani) che si impegna a promuovere il riconoscimento della figura della professione nel settore sanitario e sociale. Ancora sono poco definite le due diverse figure professionali e i relativi ambiti di intervento.

Nel 1993, la Scuola diretta a fini speciali delle professioni sanitarie viene convertita in Diploma Universitario e la formazione degli operatori prosegue negli anni successivi come stabilito, fino alla

seconda metà degli anni Novanta quando, tra il 1995 e il 1996, l'associazione ANUPI giunge alla riflessione, insieme ad alcuni esponenti di spicco della neuropsichiatria infantile italiana, che solo integrando i saperi teorico-pratici delle due discipline si potrà spingere per il riconoscimento e l'istituzione di una figura professionale specifica per l'età evolutiva, ovvero il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE).

Nel 1997, sulla scia di questa congiunta spinta, il Ministro della Sanità Rosy Bindi firma il Decreto n. 56 che istituisce la figura professionale del TNPEE.

Contestualmente le terapiste romane formate dallo stesso Professor Bollea fondano la prima associazione di categoria AITNE (Associazione italiana terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva), seguita nel 2008 dall'Associazione ANUPI TNPEE (Associazione Nazionale Unitaria degli Psicomotricisti e dei Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età Evolutiva) risultato dell'evoluzione di ANUPI (Associazione Nazionale Unitaria degli Psicomotricisti) esistente dal 1987.

Successivamente, con la promulgazione della Legge n. 251 del 10 agosto 2000, viene sancita la nascita delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, di cui il TNPEE entra a far parte. Nel 2001, la Riforma Universitaria con decreto 02/04/2001 trasforma il Diploma Universitario in Laurea di primo livello in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

Numerosi psicomotricisti, che negli anni si erano specializzati ed avevano esercitato la pratica psicomotoria in campo medico riabilitativo, acquisiscono prima il diploma universitario e successivamente l'equipollenza nel titolo universitario in TNPMEE. Lo stesso conseguimento viene inoltre effettuato anche da professionisti della riabilitazione, in particolare fisioterapisti, che per formazione e motivi lavorativi avevano da sempre esercitato nell'area dell'età evolutiva.

Nel 2004 si assiste alla collocazione del TNPEE tra le professioni sanitarie della riabilitazione appartenenti alla classe SNT-2, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Con l'approvazione della Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018, e i successivi decreti attuativi, il TNPEE ha raggiunto un ulteriore importante riconoscimento istituzionale con l'inserimento dei professionisti all'interno dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM PSTRP).

L'istituzione dell'Ordine e la costituzione delle attuali 45 Commissioni di Albo provinciali dei TNPEE rappresenta la tappa più recente del profondo cambiamento storico e politico che ha interessato nel corso degli anni la figura del TNPEE, conferendole adeguata rappresentanza istituzionale e garantendo la prosecuzione del percorso di crescita e progresso, in qualità di specialista per l'età evolutiva, che le associazioni maggiormente rappresentative hanno sempre sostenuto.

Dalla descrizione di questo percorso storico si evincono la complessità e la ricca variabilità del processo che vede la nascita della figura del TNPEE.

Concludendo, la storia della figura professionale del TNPEE, per come viene oggi inteso in Italia, confluisce, o forse meglio defluisce, dalla storia della Neuropsichiatria Infantile italiana, nell'interpretazione che di essa dà uno dei suoi padri fondatori, il Professor Giovanni Bollea.

In tutte queste trasformazioni la scuola romana svolge sempre un ruolo trainante, non fosse altro per la vicinanza e la possibilità di dialogo diretto con le strutture ministeriali implicate.

La psicomotricità in Italia mantiene tutt'oggi le proprie scuole ad indirizzo pedagogico-educativo con percorsi formativi eterogenei e contrastanti.

La terapia neuro e psicomotoria dell'età evolutiva in Italia come descritto sopra, si struttura e articola negli anni una propria identità e specificità, un proprio ambito di intervento, una propria metodologia che le hanno permesso di affermarsi in campo medico-riabilitativo.

▪ **STORIA DELLA METODOLOGIA: CONFLUENZA DI DIVERSE DISCIPLINE RIABILITATIVE**

Agli inizi del secolo scorso, fra le prime istituzioni riabilitative per l'infanzia presenti in Italia si trovano le "Scuole speciali per motulesi", per "fanciulli rachitici e storpi", oppure per bambini poliomielitici. Anche i problemi di linguaggio, inizialmente considerati quasi solo nell'ambito del deficit uditivo, e i deficit visivi vengono trattati in istituti che si configurano inizialmente come Scuole speciali.

La TNPMEE degli inizi raccoglie le eredità di tali istituti, adottando tutte le metodologie e gli strumenti allora a disposizione.

Giovanni Bollea promuove un approccio eclettico, inserito in una "presa in carico globale" del bambino, che tuttora caratterizza la TNPMEE.

La sua specificità non risiede tanto nelle patologie delle quali si occupa, quanto nel fatto di prendersi cura di un essere che si trova in via di sviluppo, anche se con modalità anomale o francamente patologiche, e di inserirsi nella sua storia naturale cercando di indirizzarla opportunamente.

Sul piano metodologico, il percorso della TNPMEE parte dalla fisiochinesiterapia, accoglie le tecniche di facilitazione neuromuscolare, arriva alla psicomotricità, alla psicologia genetica, alla neuropsicologia, alla neurolinguistica.

Nel dopoguerra le risorse economiche sono molto limitate e grazie alle borse di studio Fulbright messe a disposizione dagli U.S.A. è possibile reclutare, tramite l'Ambasciata Americana a Roma, dei terapisti statunitensi con esperienza dell'età evolutiva che sono i primi docenti per le terapisti romane. Ad occuparsi della cosa e ad adattare alle esigenze della NPI lo schema di valutazione e le tecniche di trattamento utilizzate dai terapisti americani è Marinella Rosano, ancora studentessa.

Nello scarso bagaglio terapeutico posseduto da questi terapisti, oltre a nozioni di logopedia e di fisiokinesiterapia c'è l'occupational therapy (OT), una sorta di allenamento per bambini e adulti con deficit intellettivi e/o del movimento ad eseguire gli atti della vita quotidiana.

La TNPMEE fin dall'inizio attinge dalla cultura kinesiologica, non solo sul piano del trattamento, ma anche su quello della valutazione; tuttavia, nell'impostazione data dalla Rosano si cominciano a valutare i pattern posturo-motori semplici e complessi, piuttosto che la contrazione dei singoli muscoli; l'assetto tonico globale e segmentale piuttosto che la resistenza ai movimenti passivi.

Anche la O.T. viene modificata appena ci si rende conto che, se non si riabilitano le funzioni neurologiche che ne sono alla base (tono, movimento, postura, equilibrio, coordinazione), non si raggiungono le abilità che l'OT vuole conseguire.

Anche la tecnica della facilitazione neuromuscolare viene inserita tra quelle a disposizione della TNPMEE. Introdotta negli anni '40-'50 per il trattamento degli esiti della poliomielite dal neurofisiologo americano Herman Kabat insieme alle terapisti Margaret Knot e Dorothy Voss, tale tecnica tenta di influire sui circuiti nervosi alla base del movimento intenzionale attraverso fenomeni neurofisiologici di facilitazione e di inibizione. Lo scopo è quello di arrivare a modificare permanentemente il funzionamento di tali circuiti, reiterando più volte delle afferenze in grado di influenzarli: precise sequenze di movimenti, stimolazioni propriocettive, posture.

Dal metodo "spazio-temporale" elaborato attorno agli anni '20 dall'insegnante Ida Terzi per il trattamento dei non vedenti, la TNPMEE trae ispirazione per le altre patologie infantili. Si tratta di un'esperienza motoria dello spazio alternativa a quella visiva, basata su percorsi prima ortogonali e poi secondo linee diverse, rette e curve, facilitati da ritmi battuti su strumenti a percussione.

Tali concetti si avvicinano molto a quelli della psicomotricità (il cui nome compare accanto all'aspetto "neuro" nella denominazione della TNPMEE). Il contatto con gli psicomotricisti avviene per iniziativa di Giovanni Bollea, che li incontra inizialmente in Svizzera e in Francia.

La TNPMEE che si stava articolando in Italia, come descritto nel paragrafo precedente, non è tanto interessata alle applicazioni educative o psicoterapeutiche della psicomotricità, quanto ad adottare ciò che tale orientamento può offrire allo sviluppo infantile normale e patologico: i concetti di schema corporeo e di organizzazione funzionale dell'asse corporeo, il significato emotivo e relazionale delle variazioni del tono muscolare e dell'atteggiamento posturale (dialogo tonico), gli esercizi di ritmo, il valore cognitivo dell'esplorazione motoria dell'ambiente.

Nella TNPMEE viene infatti rifiutata la concezione meramente kinesiologica del movimento, che nell'essere umano non può essere dissociato dalle componenti sensitivo-sensoriali, motivazionali, emotive e cognitive che lo originano e lo accompagnano; come dire che non esistono atti motori, bensì psicomotori.

Sul versante patologico, e quindi riabilitativo, le suddette componenti debbono perciò essere valutate e trattate in un approccio globale che, come detto, qualifica e caratterizza la TNPMEE.

Sempre nel dopoguerra, accanto alle Scuole speciali di cui si è parlato, con l'istituzione della scuola dell'obbligo (1962), essendosi evidenziata la grande diffusione dei problemi cognitivi, nascono e si moltiplicano le classi differenziali, nelle quali di fatto confluiscono bambini con problematiche assai disomogenee, a volte anche con affezioni organiche che non comportano alcun problema di apprendimento.

Grandi casistiche di bambini con deficit cognitivi cominciano ad affluire alla NPI, che sta iniziando gli studi neuropsicologici sui disturbi specifici di apprendimento.

A Roma la neurolinguistica e la neuropsicologia cominciano ad essere applicate ai disturbi del linguaggio e ai deficit cognitivi per iniziativa di Gabriel Levi, altro assistente di Giovanni Bollea.

Si attua via via un passaggio dai gruppi pedagogici ai gruppi di trattamento NPMEE in ospedale diurno, avviati nel 1973 e coordinati da Anna Fabrizi.

Un altro contributo alla TNPMEE viene dalla psicologia genetica, nata dagli studi dello psicologo svizzero Jean Piaget, personalmente conosciuto da Giovanni Bollea in un'epoca nella quale in Italia ancora non esistevano corsi di psicologia.

Nell'impostazione data da Bollea prima e da Levi poi per gli operatori della TNPMEE le fasi piagetiane dello sviluppo divengono la cornice di riferimento sia per la valutazione che per l'intervento riabilitativo nei deficit cognitivi.

▪ **STORIA DELLA VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA (NPM)**

Sotto la guida di Marinella Rosano le terapisti romane iniziano a praticare una valutazione stesa per iscritto, che indaga dapprima soprattutto le funzioni sensoriali e quelle tonico-posturo-motorie seguendo in parte lo schema dell'esame neurologico, amplificandone alcune parti ed eliminando quelle non pertinenti alla TNPMEE.

Vi confluiscono anche osservazioni di ordine kinesiologico, incluso l'esame del sistema muscolare. Le competenze che le terapisti hanno acquisito dall'O.T. e dalla FKT e successivamente dalle tecniche di facilitazione neuromotoria consentono su questa base di cominciare a stilare già nei primi tempi un programma riabilitativo.

Gradualmente la valutazione si arricchisce sul piano delle funzioni cognitive, relazionali, linguistiche e comunicative, e cominciò a diventare simile alla "valutazione neuro-psicomotoria" attuale.

Il programma riabilitativo si amplia parallelamente, per la confluenza delle esperienze maturate sia in campo neuromotorio che in quello neuropsicologico: la globalità dell'intervento viene realizzata nella TNPMEE, rispecchiando quella globalità di approccio che già aveva caratterizzato la NPI delle origini.

La valutazione così come si è venuta ad arricchire progressivamente rappresenta perciò la sintesi e la rilettura nell'ottica riabilitativa di molteplici approcci diagnostici e dell'esperienza maturata nei diversi campi d'applicazione della TNPMEE.

Il contributo della psicomotricità si è tradotto nella valutazione dello schema corporeo, dell'organizzazione funzionale dell'asse corporeo, della mimica e della gestualità, e della funzione interattiva e comunicativa del tono muscolare.

Oltre a questo, è stato ben presto introdotto un bilancio funzionale tra i deficit e i compensi riscontrati.

3. FORMAZIONE DEL TNPEE

▪ PROCESSO DI BOLOGNA

Tutti i percorsi di studi superiori italiani, compresi quelli universitari, sono mediati dai principi del Processo di Bologna.

Scelgo di introdurlo in questa parte dell'elaborato dedicata alla formazione universitaria del TNPEE nonostante sarà utile tenerlo in considerazione anche per il capitolo successivo nel quale si parlerà di profilo professionale del TNPEE e della diffusione della professione oltre i confini Italiani.

Il Processo di Bologna nasce nel 1999 come accordo intergovernativo di collaborazione nel settore dell'Istruzione superiore. L'iniziativa era stata lanciata con la Conferenza di Bologna alla conferenza dei Ministri dell'istruzione superiore europei, sottoscritta a Bologna nel giugno 1999 ed ispirata dall'antecedente incontro dei Ministri di Francia, Germania, Italia e Regno Unito del 1998 (Dichiarazione della Sorbona 1998). L'obiettivo era appunto costruire uno Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore che si basasse su principi e criteri condivisi tra i Paesi firmatari, ovvero:

- libertà accademica, autonomia istituzionale e partecipazione di docenti e studenti al governo dell'istruzione superiore;
- qualità accademica, sviluppo economico e coesione sociale;
- incoraggiamento alla libera circolazione di studenti e docenti;
- sviluppo della dimensione sociale dell'istruzione superiore;
- massima occupabilità e apprendimento permanente dei laureati;
- considerazione di studenti e docenti quali membri della medesima comunità accademica;
- apertura all'esterno e collaborazione con sistemi di istruzione superiore di altre parti del mondo

Tramite successive riunioni dei Ministri degli stati Membri il Processo di Bologna è stato aggiornato approfondito successivamente con le riunioni Ministeriali di: Bologna giugno 1999, Praga 2001, Berlino 2003, Bergen 2005, Londra 2007, Lovanio 2009, Budapest e Vienna 2010, Bucarest 2012, Yerevan 2015.

Nell'ambito dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore i Governi hanno impostato alcune riforme strutturali di rilievo, quali:

- l'introduzione di un sistema di titoli comprensibili e comparabili, basato in maniera il più uniforme possibile su di un sistema a tre cicli di primo, secondo e terzo livello;
- la trasparenza dei corsi di studio attraverso un comune sistema di crediti, basato non solo sulla durata ma anche sul carico di lavoro del singolo corso e sui relativi risultati di apprendimento, certificato tramite il Diploma Supplement;
- il riconoscimento dei titoli e dei periodi di studio;
- un approccio condiviso all'assicurazione della qualità;
- l'attuazione di un quadro dei titoli condiviso e finalizzato allo Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore.

Sulla base degli accordi raggiunti nell'ambito dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore i Governi hanno attuato, dal 1999 ad oggi le riforme legislative necessarie.

▪ SPECIFICITÀ PERCORSO FORMATIVO TNPEE

Un **Core curriculum** e un **Core Competence** ben tracciati aiutano a superare lo scollamento tra teoria e pratica nella mente degli studenti, perché questo è spesso conseguenza dello scollamento che

rilevano tra principi ed azioni, tra indicazioni e realizzazioni dei docenti e professionisti coinvolti nel processo formativo.

In un'organizzazione intelligente quindi lo sforzo di raccordare saperi teorici e saperi esperti è d'obbligo.

Tutto ciò ha una precisa valenza etica: l'etica della competenza formativa che comprende sia la competenza clinica che la competenza didattica.

L'ampio spettro degli ambiti di azione delle professioni sanitarie della riabilitazione, sia per campi di intervento che per fascia di età su cui si interviene, costituisce indubbiamente una ricchezza ma anche un ulteriore motivo della loro differenziazione.

Questa differenziazione, da una parte, pone l'esigenza di un ampio e diversificato ventaglio di competenze dei terapisti della riabilitazione implicati e, dall'altro, richiede di individuare all'interno del Core Competence alcune competenze trasversali comuni a tutta la filiera professionale e Competenze Tecnico Professionali specifiche per ogni professionista della Classe della Riabilitazione.

Il CdL in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell' Età Evolutiva, in termini di percorsi formativi deve prevedere una formazione che porti lo studente a poter pensare al lavoro terapeutico in termini di globalità, che vuol dire pensare ad un recupero che va al di là della disabilità fisica o psichica del bambino, coinvolgendo in modo sistemico l'intero processo di sviluppo della persona; cioè alla capacità di considerare, per ogni fascia d'età, l'equilibrio complessivo e l'integrazione di tutte le funzioni e le competenze nonché l'interazione tra evoluzione della patologia e stadio di sviluppo.

Ciò è indispensabile in relazione a due ordini di motivi:

- il disordine per il quale il bambino viene inserito nel percorso riabilitativo rappresenta un compenso dinamico, che nasce dall'interazione di molteplici funzioni, ciascuna delle quali si trova in una fase di attiva maturazione, differenziazione e crescita. Questo perché in ciascun disordine neuroevolutivo il percorso riabilitativo deve tener conto anche del compenso che si attiva per far fronte all'organizzazione delle funzioni che la patologia determina e contribuisce in modo dinamico alla definizione del profilo di disabilità e del profilo di sviluppo
- la "persona" cui ci si vuole e ci si deve rivolgere è un individuo che sta faticosamente costruendo il suo Sviluppo. Pertanto, il TNPEE dovrà considerare la differente organizzazione del profilo di sviluppo nelle diverse fasi evolutive in relazione al disturbo e alle funzioni emergenti.

L'intervento neuropsicomotorio richiede conoscenze e competenze tecniche specifiche per tutte le aree neuromotorie e psicobiologiche, neurosensoriali, fisiopatologiche e dell'assistenza/cura in età evolutiva nonché la conoscenza teorica e pratica specifica dello sviluppo del bambino nella norma e del ruolo che gioca la motricità in tale sviluppo

Il TNPEE deve pertanto:

- possedere conoscenze metodologiche specifiche per la valutazione dell'interrelazione tra funzioni affettive, funzioni cognitive, funzioni sensoriali e funzioni motorie per ogni singolo disturbo neurologico, neuropsicologico, neurosensoriale e psicopatologico dell'età evolutiva e per il loro recupero funzionale;
- possedere le conoscenze delle caratteristiche proprie delle patologie che si modificano in rapporto allo sviluppo;
- aper svolgere attività terapeutica per le disabilità neuropsicomotorie, neurosensoriali, psicomotorie e neuropsicologiche in età evolutiva utilizzando tecniche specifiche per fascia d'età e per singoli stadi di sviluppo

-conoscere l'intreccio tra le diverse funzioni cognitive, normali o alterate, nel corso dello sviluppo e le modificazioni dei quadri clinici e delle necessità di intervento nelle diverse fasce d'età.

La relazione terapeutico riabilitativa con un paziente in età evolutiva richiede anche una formazione personale e competenze specifiche di tipo trasversale e sistemico che vadano oltre il conoscere e padroneggiare tecniche specifiche per disturbi neuromotori, neurosensoriali, neuropsicologici e psicomotori.

La terapia neuropsicomotoria è definita terapia globale perché se il corpo rappresenta la totalità della persona nella sua unità psicosomatica e se il movimento e le azioni sono l'origine ed è l'espressione esteriore dell'intera personalità, allora il lavoro terapeutico può essere pensato solo in una dimensione di totalità e unità al fine di ottenere la maggiore autosufficienza e la maggiore autonomia, sollecitando i mezzi più idonei per migliorare lo sviluppo globale.

Il bambino l'elemento attivo del processo di crescita ed è essenziale stimolare al massimo le sue possibilità di adattamento rispetto alle limitazioni, primarie o secondarie e rispetto alle caratteristiche proprie dell'ambiente in cui vive.

Il lavoro riabilitativo neuropsicomotorio rivolto al raggiungimento dell'abilità, non deve mai perdere di vista la valenza "strumentale" di tale abilità tendendo verso la realizzazione di un progetto di sviluppo molto più generale: in definitiva, in riabilitazione dell'età evolutiva si lavora per favorire lo sviluppo del bambino sollecitando i processi integrativi delle funzioni e utilizzando il movimento e l'azione sia come strumento che come area di intervento privilegiata.

▪ **OBIETTIVI FORMATIVI DEL CDL IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA DI UNIVPM**

Il CdL in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva appartiene alla Classe L/SNT2 delle lauree in Professioni sanitarie della riabilitazione, si articola in 3 anni per un numero complessivo di CFU pari a 180. Per ogni anno di corso sono previsti due semestri.

Il primo anno è prevalentemente dedicato alle attività formative di base ed alle conoscenze nell'area della riabilitazione.

Nei due anni successivi, si sviluppano, invece, attività formative caratterizzanti ed integrative.

Nell'ambito del triennio didattico, sono previsti 6 CFU dedicati ad attività formative a scelta dello studente (2 CFU/anno di corso).

Alle attività di base, caratterizzanti ed affini e integrative sono destinati 156 CFU di cui 60 dedicati alle attività di tirocinio.

I restanti 24 CFU sono dedicati alle altre attività (ADE – prova finale e lingua straniera, informatica e attività seminariali, attività di laboratorio professionale)

Al termine del percorso formativo, il laureato in TNPEE avrà acquisito:

- buona conoscenza dei fondamenti delle discipline propedeutiche (fisica, statistica, informatica, sociologia, pedagogia generale e sociale, psicologia generale) e biologiche (biochimica, anatomia umana, fisiologia, patologia generale);

- conoscenze delle discipline caratterizzanti la professione del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (D.M. del Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 56) (tecniche

neuropsichiatriche e riabilitative, neuropsichiatria infantile, pediatria generale e specialistica, medicina fisica e riabilitativa);

- conoscenze di discipline affini o integrative nell'ambito delle scienze umane e psicopedagogiche, delle scienze del management sanitario, delle scienze inter-disciplinari e di primo soccorso, ivi incluse neurologia, psichiatria, fisioterapia e medicina interna;
- familiarità con il metodo scientifico ed essere in grado di applicarlo in situazioni concrete con adeguata conoscenza delle normative e delle problematiche deontologiche e bioetiche;
- capacità di comprensione e relazione con utenza, colleghi e altri professionisti, sanitari e non;
- capacità di lavorare in équipe multidisciplinare, di operare con definiti gradi di autonomia e di inserirsi prontamente negli ambienti di lavoro;
- capacità di valutare e preparare preventivamente un setting riabilitativo adeguato alla terapia o all'esercizio terapeutico atto a garantire le migliori condizioni possibili sia per il paziente che per il terapeuta;
- competenze per partecipare alle diverse forme di aggiornamento professionale, nonché per partecipare ad attività di ricerca in diversi ambiti di applicazione;
- capacità di utilizzare la lingua inglese, nell'ambito specifico di competenza e per lo scambio di informazioni generali;
- adeguate competenze e strumenti per la comunicazione e la gestione dell'informazione, nonché competenze per stendere rapporti tecnico-scientifici.

In dettaglio, gli obiettivi formativi specifici che prevedono per il laureato triennale l'acquisizione, al termine del percorso formativo, di conoscenze (sapere), competenze (saper fare) e capacità di relazione (saper essere) sono riconducibili ai seguenti campi:

1. Responsabilità professionale: tale ambito definisce e sviluppa l'assunzione di responsabilità del TNPEE in relazione all'attività professionale attraverso il raggiungimento delle seguenti competenze:

- agire nella condotta professionale rispettando il profilo professionale, il codice deontologico, le norme e le leggi relative alla professione e collaborare con le altre professioni sanitarie sulla base delle conoscenze dei profili di competenza reciproci;
- considerare la specificità del bambino e della famiglia e della dinamicità del processo di sviluppo che richiede particolare rispetto dell'originalità di alcuni percorsi di crescita;
- comprendere le motivazioni e individuare le risorse personali del bambino e della famiglia;
- agire nell'interesse del paziente riconoscendo le sue capacità ed abilità, le risorse umane e materiali disponibili; esercitare la propria autonomia nella pratica clinica nel rispetto degli interessi del paziente;
- interrompere prestazioni che si dilatano nel tempo, che siano non necessarie o non efficaci.

2. Cura e riabilitazione

questo ambito si riferisce all'acquisizione delle seguenti competenze:

- definire il progetto terapeutico-riabilitativo a partire dalle capacità e risorse emozionali, cognitive motorie e funzionali del paziente;
- identificare le strategie nella cura e riabilitazione di disordini evolutivi delle funzioni motorie, prassiche, cognitive, delle funzioni comunicativo-sociali;
- verificare la necessità di ausili per il miglioramento della vita quotidiana: ausili adattivi, ausili per l'assistenza, ausili informatici;

- stendere il progetto riabilitativo in forma scritta con obiettivi a breve, medio e lungo termine, condividerlo con la famiglia ed il piccolo paziente;
- stabilire il contratto terapeutico; garantire la sicurezza del paziente e l'applicazione di interventi privi di rischi, in relazione alla normativa vigente;
- capacità di adattare e modificare l'intervento durante il percorso riabilitativo nel rispetto delle esigenze del paziente;
- capacità di valutare l'intervento neuropsicomotorio durante il percorso riabilitativo;
- stendere in forma scritta la verifica del progetto riabilitativo.

3. Educazione terapeutica:

è un'attività sanitaria tesa a sviluppare nella persona o nei gruppi, consapevolezza, responsabilità ed abilità in riferimento all'inserimento dei pazienti in ambiti educativi o terapeutici e prevede le seguenti competenze:

- capacità di stendere un progetto di educazione neuropsicomotoria per l'inserimento di pazienti a scuola, nei Centri diurni, nei Centri socio-educativi supportando gli operatori scolastici;
- saper identificare nell'ambito del progetto riabilitativo gli interventi educativi necessari al paziente ed alla sua famiglia;
- saper stendere la diagnosi funzionale ed il profilo dinamico-funzionale assieme ad altre figure professionali per l'inserimento del bambino a scuola;
- saper collaborare alla stesura e verifica del progetto educativo Individualizzato con altre figure Professionali per l'inserimento del bambino a scuola.

4. Prevenzione:

il TNPEE dovrà essere in grado di:

- individuare i bisogni di salute e di prevenzione della disabilità attraverso l'individuazione di situazioni potenzialmente a rischio attraverso screening nel primo anno di vita;
- redigere in forma scritta la valutazione clinico-funzionale ed individuare gli obiettivi a breve, medio e lungo termine per la stesura in equipe multidisciplinare del progetto riabilitativo;
- prevenire l'attualizzazione di percorsi di sviluppo atipici nelle situazioni di rischio sia biologico che sociale;
- prevenire processi di esclusione del soggetto diversamente abile, favorendo la generalizzazione delle competenze apprese nel setting terapeutico ai contesti di vita.

5. Gestione/management:

questo ambito comprende l'utilizzo di tutti gli strumenti gestionali (risorse, informazioni, aspetti economici) indispensabili per la corretta attuazione dell'agire quotidiano del TNPEE, attraverso l'acquisizione delle seguenti competenze:

- Identificare la natura del problema;
- analizzare ed interpretare le situazioni ed individuare la risoluzione del problema ricorrendo ad eventuali collaborazioni;
- riconoscere e rispettare ruoli e competenze;
- interagire e collaborare con equipe multiprofessionali;
- utilizzare linee guida generali e protocolli per uniformare le modalità operative;
- identificare e segnalare le difficoltà;
- utilizzare i sistemi informativi e informatici per analizzare i dati;

-adattare le tecniche neuropsicomotorie ad ogni situazione di difficoltà.

6. Formazione/autoformazione:

è l'ambito nel quale il TNPEE si forma, e nel quale sviluppa e consolida le proprie fondamenta culturali, attraverso le seguenti competenze:

- identificazione degli obiettivi di apprendimento e formazione nel percorso formativo e valutazione del raggiungimento degli obiettivi;
- assunzione della responsabilità della propria formazione e sviluppo professionale;
- autovalutazione del raggiungimento degli obiettivi;
- riflessione ed autovalutazione nelle implementazioni delle proprie conoscenze e abilità.

7. Comunicazione e relazione:

questo ambito definisce il substrato relazionale attraverso cui il TNPEE gestirà la propria pratica professionale nel contesto complessivo, e sarà acquisito attraverso:

- le competenze nel comunicare e relazionarsi con il bambino, soggetto privilegiato delle cure;
- la capacità di relazione e comunicazione attraverso modalità verbali e non verbali (postura, tono, mimica, sguardo, voce), la capacità di mantenere la relazione attraverso un ascolto attivo con la famiglia, mediatore privilegiato ed indispensabile del progetto terapeutico;
- la capacità di gestire le dinamiche relazionali con altri professionisti, coordinatori e tutor;
- la capacità di interagire con i colleghi in equipe multidisciplinare e con operatori di altre strutture;
- la capacità di negoziare gli obiettivi con altri professionisti, coordinatori e tutor;
- la capacità di riconoscere le necessità di supporto

▪ **OBIETTIVI FORMATIVI TNPEE SUDDIVISI PER ANNI UNIVERSITARI**

In relazione agli ambiti definiti, a seguire si elencano i principali obiettivi di apprendimento attesi dagli studenti del CdL in TNPMEE, suddivisi per anno di corso, utili per progettazione e formulazione dei relativi progetti di tirocinio.

È fondamentale declinare gli obiettivi per il raggiungimento di competenze ed abilità trasversali e tecnico professionali nei tre anni di CdL attraverso attività di tirocinio, laboratori professionalizzanti e attività di formazione personale.

PRIMO ANNO

Lo studente dovrà acquisire le competenze per leggere e interpretare lo sviluppo tipico del bambino nei diversi settori dello neuropsicomotorio e per tutte le diverse funzioni, nonché le loro interrelazioni e il loro significato adattivo: motricità (aspetti quantitativi e qualitativi dell'organizzazione motoria e sensoriale), funzioni psicomotorie (organizzazione spazio-temporale, schema corporeo, prassie nei loro aspetti quantitativi e qualitativi); funzioni cognitive e neuropsicologiche; funzioni del linguaggio corporeo, preverbale, verbale, competenze relazionali e adattive, affettività e socialità.

Lo studente dovrà conoscere i servizi e le strutture riabilitative (professionalità, strumenti, procedure).

Obiettivi specifici per il raggiungimento di competenze e abilità

Conoscere e osservare lo sviluppo neuropsicomotorio nell'età evolutiva

- Saper osservare e descrivere lo sviluppo neuropsicomotorio del paziente in età evolutiva con sviluppo tipico nelle diverse fasce d'età, ponendo attenzione all'aspetto motorio, sensoriale, affettivo, cognitivo, del linguaggio, dell'autonomia e della socializzazione, attraverso esperienze di tirocinio presso strutture specifiche.

Conoscere e osservare l'ambiente riabilitativo presso strutture sanitarie

-Acquisire informazioni sull'organizzazione delle Strutture riabilitative

-Sapersi inserire all'interno della Struttura in relazione alle caratteristiche peculiari della stessa ed all'area specifica di intervento

-Saper osservare e descrivere oggettivamente i vari ambiti in cui si svolge il tirocinio

Verrà valutata

-La capacità dello studente di utilizzare gli strumenti di osservazione

-La capacità di reinterpretare i dati dell'osservazione nella relazione scritta

-La capacità di integrare le conoscenze teoriche nell'elaborato scritto

-La capacità di interagire con adulti e bambini

-La capacità di utilizzare le modalità di comunicazione sia verbale che non verbale

-La capacità di porsi domande e chiedere aiuto quando è in difficoltà

-La capacità di ascoltare e partecipare durante le supervisioni da parte dei tutor

-La capacità di rispettare i tempi di tirocinio e di consegna dei lavori

-La capacità di integrare le competenze nel processo di formazione personale utilizzando i rimandi del tutor

È importante per il TNPEE formarsi a leggere il vissuto emozionale della propria corporeità per capire comunicazione extraverbale e espressività del bambino.

Formazione personale 1° anno

-Attraverso uno stage teorico-pratico fare esperienza della comunicazione non verbale (postura, gesto, mimica, sguardo, voce) e dell'espressività corporea nella relazione interpersonale; riflessioni sull'importanza di tali canali di comunicazione.

-Colloqui individuali e incontri di gruppo con i tutor assegnati dal Corso di Laurea.

SECONDO ANNO

Lo studente dovrà acquisire le competenze per utilizzare con l'aiuto del tutor gli strumenti necessari per l'osservazione e la valutazione dei pazienti che afferiscono ai Servizi Sanitari di Neuropsichiatria Infantile di Riabilitazione.

Dovrà essere aiutato a conoscere gli strumenti per l'osservazione e la valutazione di pazienti con patologie neuromotorie, psicomotorie, neurosensoriali, cognitive, neuropsicologiche e a stendere la diagnosi funzionale con l'aiuto e la supervisione del tutor.

Lo studente dovrà saper redigere una relazione clinica scritta dei casi osservati seguendo griglie di osservazione e valutazione indicate negli strumenti di tirocinio del Corso di Laurea.

Obiettivi specifici per il raggiungimento di Competenze e Abilità

Individuare il bisogno del bambino

-Saper osservare e valutare lo sviluppo neonatale neuropsicomotorio e neuropsicologico del bambino.

-Saper utilizzare gli strumenti di valutazione (scale, schede, griglie, test, prove, esami) per le aree neuromotoria, neurosensoriale, neuropsicomotoria e neuropsicologica.

-Saper individuare segni e sintomi dei principali disturbi dello sviluppo in età evolutiva

-Saper collaborare alla stesura, in équipe multidisciplinare, del PDF e del PEI

Verrà valutata:

-La capacità di utilizzare e integrare gli strumenti di osservazione e di valutazione

-La capacità di riconoscere le aree di abilità e le aree di debolezza del bambino

-La capacità di gestire la relazione con bambini e adulti - La capacità di costruzione e approccio al setting diagnostico

-La capacità di stendere la diagnosi funzionale utilizzando i supporti forniti dai tutor

-La capacità di presentare un caso clinico in forma scritta (relazione di tirocinio)

-La capacità di rispettare i tempi di tirocinio e di consegna dei lavori Le valutazioni devono prevedere una scala di valori che permettano allo studente di valutare il percorso di crescita e al tutor di utilizzare il feedback per aiutare lo studente ad agire in modo consapevole e attento durante la sua attività clinica quotidiana.

È importante per il TNPEE formarsi a leggere il vissuto emozionale della propria corporeità per leggere e capire l'espressività del bambino nel processo diagnostico.

Formazione personale 2° anno

-Gli studenti sono guidati dai tutor nelle attività di osservazione e valutazione, attraverso la discussione di osservazioni cliniche.

-Utilizzo di facilitatori dell'apprendimento di competenze relazionali con l'obiettivo di saper analizzare criticamente, discutere e/o modificare, nei diversi contesti, i propri comportamenti.

A tale scopo verranno attivati stage di formazione pratica, role play, colloqui individuali e discussioni di gruppo.

Il processo di formazione personale prevede un feedback allo studente utile alla sua crescita personale e professionale, può essere misurato per valutare gli strumenti formativi ma non deve essere utilizzato per valutare lo studente.

TERZO ANNO

Lo studente dovrà essere in grado, con la supervisione del tutor di costruire e modificare nel tempo il setting terapeutico-riabilitativo adattandolo alle esigenze del paziente e all'emergere di nuove funzioni ed abilità.

Gli studenti devono essere aiutati ad individuare le aree di abilità e di debolezza del bambino e a stendere ipotesi progettuali in riferimento ai casi osservati.

Gli studenti dovranno maturare la capacità di condurre, con la supervisione dell'assistente/tutor di tirocinio, una seduta di terapia e la verifica del progetto durante il percorso terapeutico riabilitativo.

È importante aiutarli a saper applicare i fondamenti della metodologia ri-abilitativa e a saperla adattare per i pazienti in età evolutiva con quadri clinici multiformi che si modificano nel tempo in relazione alle funzioni emergenti.

Gli studenti dovranno essere aiutati a scegliere ed utilizzare la metodologia riabilitativa che, sulla base delle evidenze scientifiche, sia più appropriata alla situazione e verificarne le risposonde agli obiettivi del recupero funzionale e allo sviluppo evolutivo della persona.

Obiettivi specifici per il raggiungimento di Competenze e Abilità

Progettare il percorso riabilitativo e realizzare il progetto terapeutico nei diversi quadri clinici

- Saper utilizzare i dati della valutazione in funzione della stesura di un progetto terapeutico riabilitativo
- Saper individuare i principali obiettivi abilitativi e riabilitativi
- Saper progettare il percorso terapeutico ri-abilitativo
- Saper comunicare ai genitori, in collaborazione con il medico specialista e il tutor, la valutazione neuro e psicomotoria e il progetto riabilitativo
- Saper verificare il programma terapeutico riabilitativo anche attraverso indici di risultato
- Saper comunicare ai genitori, in collaborazione con il medico specialista e il tutor, il percorso terapeutico, gli adattamenti degli interventi e le modificazioni nel tempo
- Conoscere e verificare la necessità di adottare ortesi, ausili e protesi

Verrà valutata:

- La capacità di riconoscere le metodologie di intervento applicate all'interno del tirocinio
- La capacità di individuare i principali obiettivi riabilitativi e di stendere di conseguenza il progetto terapeutico
- La capacità di critica e di individuazione delle aree di abilità e delle aree di debolezza del bambino
- La capacità di sviluppare ipotesi progettuali in riferimento ai casi osservati
- La capacità di condurre, con la supervisione dell'assistente/tutor di tirocinio, una seduta di terapia neuropsicomotoria
- La capacità di verificare gli esiti dell'intervento
- La capacità di costruzione e gestione del setting riabilitativo
- La capacità di presentare un caso clinico in forma verbale e scritta

-La capacità di comunicare ai genitori la valutazione neuro e psicomotoria, il progetto riabilitativo neuropsicomotorio e gli adattamenti e le modificazioni nel tempo in collaborazione con il medico e il tutor.

-La capacità di rispettare i tempi di tirocinio e di consegna dei lavori.

È importante per il TNPEE formarsi a leggere il vissuto emozionale della propria corporeità per capire l'espressività del bambino così da poterlo aiutare a comunicare, ad evolvere e a dare un senso al suo agire.

Formazione personale 3° anno

-Verranno discusse in gruppo le osservazioni cliniche e le conduzioni delle sedute di terapia

-Utilizzo di facilitatori per consolidare abilità di comunicazione con pazienti e adulti, diventando progressivamente consapevoli del proprio stile di comunicazione (gioco dei ruoli, stage di formazione personale, colloqui individuali e di gruppo)

Il processo di formazione personale prevede un feedback allo studente utile alla sua crescita personale e professionale, può essere misurato per valutare gli strumenti formativi ma non deve essere utilizzato per valutare lo studente

IN GENERALE NEI 3 ANNI DEL CDL

La formazione personale deve indirizzare lo studente alla lettura dei linguaggi dell'espressività corporea e alla capacità di adattare il linguaggio non verbale e verbale alle capacità del paziente. Si dovrà inoltre aiutare lo studente ad utilizzare il feedback di docenti e tutor come momento di confronto e di crescita.

▪ TIROCINIO: RIFLESSIONI INTEGRATE TRA CORE COMPETENCE E ESPERIENZA PROFESSIONALE

Quanto descritto finora in questo secondo capitolo mi permette di introdurre due paragrafi fondamentali, quelli dedicati al TIROCINIO e alla FORMAZIONE CORPOREA dei TNPEE durante i CdL. Tali argomenti, insieme ad altri, sono alla base del PROGETTO di Tesi presentato e sviluppato a partire dal capitolo 4.

Come esplicitato nell'introduzione, alla luce del mio percorso professionale e della constatazione di una estrema eterogeneità dei curriculum formativi di colleghe e studentesse TNPEE con le quali ho dialogato e mi sono confrontata negli anni, ritengo fondamentale che nei CdL il tirocinio e la formazione corporea siano ambiti da valorizzare, implementare e armonizzare nei diversi CdL.

Penso che siano sfere che permettano una caratterizzazione di valore della professione del TNPEE. D'altra parte, proprio per i contenuti e l'organizzazione dei tirocini, dei laboratori, dei seminari e della formazione personale, risulta complessa l'armonizzazione delle proposte formative negli ambiti di TIROCINIO e FORMAZIONE CORPOREA nelle diverse Sedi dei CdL rispetto la più fattibile armonizzazione dei contenuti delle materie teoriche.

Tirocinio

Il tirocinio professionale continua a rappresentare il cuore della preparazione professionale degli studenti dei CdL delle professioni sanitarie e rimane una modalità formativa fondamentale per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico.

L'applicazione della legge di riforma universitaria 270/2004 ai corsi di laurea delle professioni sanitarie rappresenta l'occasione per riprogettare e consolidare le esperienze maturate nella formazione universitaria.

Nei CdL in questi anni sono state sperimentate molte strategie formative nella formazione pratica di studenti; notevole impegno hanno investito coordinatori e tutor per migliorare la loro preparazione pedagogica e per diffondere nei servizi e nelle sedi di tirocinio competenze tutoriali.

Tuttavia, sono ancora poche le pubblicazioni e le ricerche sulla qualità e l'efficacia dei diversi modelli di tirocinio, pur in presenza di un ricco sapere tacito non scritto o raccolto solo in documenti dei singoli corsi di laurea e non condivisi.

Durante il processo formativo di tirocinio, attraverso la sperimentazione pratica e l'integrazione dei saperi teorico disciplinari con la prassi operativa professionale ed organizzativa, rappresenta la modalità privilegiata e insostituibile per apprendere il ruolo professionale, inoltre regola l'accesso di nuovi membri ad un gruppo professionale.

Attraverso la programmazione dell'insegnamento tutoriale, si cerca di garantire agli studenti la giusta centralità in un sistema in cui sono costantemente sollecitati ad impegnare le loro risorse intellettuali, etiche, relazionali, per acquisire progressivamente un controllo decisionale.

Nello specifico per quanto riguarda il TIROCINIO nei CdL di TNPMEE, con riferimento alla mia esperienza personale, al core competence del TNPEE e agli obiettivi formativi presentati nel paragrafo precedente anche dal punto di vista cronologico, sarebbe auspicabile:

-prevedere l'osservazione in ambiente ecologico di bambini con normosviluppo di varie fasce d'età presso:

Asilo nido

Scuola dell'infanzia

RAZIONALE

La conoscenza consolidata dello sviluppo tipico e delle traiettorie di sviluppo, soprattutto in età precoce, è fondamentale per studiare e comprendere le caratteristiche dei pazienti in età evolutiva, valutarne le funzioni e su queste costruire il percorso abilitativo/riabilitativo; è inoltre basilare per il lavoro di screening e la comprensione della testistica

-prevedere per ciascuno studente la frequentazione di 3 tipologie di servizi riabilitativi:

Pubblico Territoriale

Pubblico Ospedaliero

Privato Convenzionato

RAZIONALE

Dalla mia esperienza emerge una diversificazione sostanziale per organizzazione interna delle strutture, tipologie di prese in carico neuropsicomotorie, ruolo del TNPEE.

L'ambiente ospedaliero offre agli studenti un'ottima possibilità per lo sviluppo delle competenze valutative e delle competenze di integrazione anche in fase diagnostica con Medici NPI, mentre limita l'impostazione prettamente riabilitativa e longitudinale delle prese in carico che offrono Servizi di Riabilitazione pubblici o privati convenzionati.

-valutare la possibilità di collaborazione con TNPEE liberi professionisti del territorio

RAZIONALE

Sempre più spesso l'utenza è costretta a rivolgersi a professionisti privati in quanto il SSN non riesce a rispondere alla crescente domanda di interventi sanitari in età evolutiva.

In quest'ottica la grande maggioranza degli studenti futuri professionisti eserciterà in contesti di studio privato. Tale setting lavorativo è caratterizzato da: un minor lavoro multidisciplinare, una diversa tipologia di pazienti (dovuta ai criteri di priorità delle liste d'attesa dei Servizi pubblici/privati-convenzionati), una maggior attivazione del TNPEE sul versante organizzativo e manageriale del lavoro.

-prevedere tempi consecutivi sufficientemente lunghi di permanenza nelle sedi di tirocinio (ipotesi 10 settimane)

RAZIONALE

È il fattore tempo che permette di osservare (nei primi 2 anni del CdL) e programmare (nell'ultimo anno del CdL) un intervento riabilitativo che possa anche essere finalizzato alla misura del raggiungimento/revisione degli obiettivi dei Programmi Riabilitativi Individuali.

Inoltre la permanenza prolungata permette l'evolvere di una conoscenza studente/tutor/ambiente di lavoro che può dare allo studente un reale spaccato del futuro lavoro

-prevedere tipologie di tutor di tirocinio diversificate in base a esperienza lavorativa, tipologie di pazienti presi in carico, percorsi formativi, aree di intervento e ruoli all'interno dei Servizi

RAZIONALE

Il modello del tutorato come apprendimento dall'esperienza è il modello più diffuso e riconosciuto dalle attuali linee che si rifanno al Processo di Bologna già descritto. Pertanto, considerando la durata relativamente breve del CdL, essere affiancati da professionisti diversi è un punto di ricchezza e valore.

-assicurare allo studente l'apprendimento pratico di valutazione/trattamento riabilitativo nelle diverse patologie che riguardano l'età evolutiva (del neurosviluppo, sensoriali, neuromotorie) e nelle varie fasce d'età.

RAZIONALE

Come detto, la specificità del TNPEE è l'intervento in età evolutiva, di tipo globale e basato sui singoli profili di sviluppo risultato delle influenze specifiche legate alla patologia e al "momento evolutivo" in cui si trova il paziente; per questo a completezza della formazione è basilare favorire massima variabilità di esperienza pratica.

-favorire la presenza dello studente anche al ricco lavoro indiretto che ogni TNPEE svolge per i soggetti in carico preferibilmente con strategia organizzativa longitudinale legata al singolo paziente e non alla rigida precostituita finestra temporale di tirocinio

RAZIONALE

La presa in carico globale del soggetto in età evolutiva da parte del TNPEE prevede momenti di equipe multidisciplinare a cadenza regolare, gestione dei contatti con Professionisti esterni, colloqui di restituzione con le famiglie, momenti di parent-coaching, collaborazione nella stesura delle Diagnosi Funzionali e dei Piani Educativi Individualizzati con insegnanti di riferimento, collaborazione con educatori che lavorano con il bambino. Queste attività risultano indispensabili per

direzionare gli obiettivi e favorire la generalizzazione delle competenze acquisite e il loro utilizzo funzionale nell'ambiente ecologico.

CRITICITA' rispetto la realizzazione di un tirocinio ottimale:

- un maggior numero di sedi di tirocinio aumenta per gli studenti il carico economico e di tempo dedicato agli spostamenti
- la permanenza prolungata in una sede di tirocinio limita la turnazione degli studenti
- la finestra temporale che viene solitamente prevista dall'organizzazione dei CdL per lo svolgimento dei tirocini alternata alla finestra temporale dedicata alle lezioni e agli esami limita la possibilità di seguire longitudinalmente i pazienti e quindi di assistere al completamento di un percorso riabilitativo e/o alle varie attività anche indirette che compongono la pratica clinica del TNPEE
- il ruolo di tutor non è remunerato e/o non prevede tempo dedicato alla programmazione, preparazione e svolgimento delle attività con lo studente (materiali, briefing, discussione casi, revisione valutazioni e PRI ad hoc,) limita notevolmente il numero dei professionisti disponibili ad accettare tale ruolo e a svolgerlo con dedizione.
- difficoltà legate all'apertura di convenzioni e coperture assicurative che intercorrono tra università/luoghi del tirocinio soprattutto se privati
- assenza di una "rosa" completa ed aggiornata delle ipotetiche possibilità di luoghi di tirocinio presenti sul territorio di appartenenza del singolo CdL e nazionale
- spesso carente o assente conoscenza da parte dei referenti dei CdL della formazione/aree di intervento dei tutor di tirocinio
- in alcuni territori italiani la bassa presenza di TNPEE preclude un tirocinio valido e qualificante

▪ **FORMAZIONE A MEDIAZIONE CORPOREA DEL TNPEE: RIFLESSIONI INTEGRATE TRA CORE COMPETENCE E ESPERIENZA PROFESSIONALE**

Il percorso storico ben descritto nel capitolo 1 di questo elaborato fa comprendere che ad oggi in Italia la figura del TNPEE è frutto di un'evoluzione professionale, normativa e accademica ed è inquadrata tra le professioni sanitarie della riabilitazione.

Questo processo ha favorito certamente l'arricchimento e l'armonizzazione della formazione nei CdL del metodo scientifico, della conoscenza di tecniche e metodologie sempre più basate sull'evidenza scientifica spesso a discapito della presenza nei piani di studio (e quindi degli studenti) di percorsi dedicati alla formazione personale a mediazione corporea in termini psicoaffettivi ed espressivi.

Il ruolo del corpo nella TNPMEE è caratterizzante ed è evidenziato in maniera esplicita nel profilo professionale che indica il TNPEE come il professionista che «utilizza la dinamica corporea come integrazione delle funzioni mentali e delle relazioni interpersonali» (DM n. 56/97).

Considerato che il TNPEE:

- utilizza il proprio corpo nella pratica clinica come strumento riabilitativo
- opera in un setting terapeutico in cui lo spazio della comunicazione è basato principalmente su linguaggio extraverbale mediato da corpo, sguardo e movimento
- utilizza quotidianamente una comunicazione fondata sull'orientamento dell'ascolto attivo

ritengo necessario che ogni studente debba essere formato durante l'iter universitario non solo alla conoscenza delle principali patologie di interesse neuropsichiatrico/neuromotorio e delle più efficaci e aggiornate metodologie di intervento, ma anche a riconoscere sul piano emozionale e sensoriale i linguaggi non verbali che sono i canali più diretti nell'interazione con il bambino: lo sguardo, la mimica, la postura, il gesto, il tono, la voce.

Tali competenze da un lato servono a capire l'espressività del singolo bambino, a entrare adeguatamente nella relazione d'aiuto con soggetti in età evolutiva, "sentirli", comunicare con loro dando un senso all'agire; dall'altro risultano indispensabili per dare allo studente gli strumenti necessari a comprendere maggiormente le potenzialità e i limiti del proprio operato.

L'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé e della propria corporeità, per potersi mettere in gioco nella relazione, dovrebbe quindi essere sempre presente all'interno degli obiettivi formativi del Corso di Laurea, per mettere il futuro TNPEE in condizione di far bene e con sicurezza ciò che sa, di sapersi esprimere attraverso tutti i linguaggi, verbale e non verbali, di sapere gestire e guidare il dialogo tonico-emotivo, per potere facilitare il bambino nel processo evolutivo durante il percorso riabilitativo (Broggi, 2008).

Nell'ambito della TNPMEE, il movimento funge da mediatore nel dialogo tra il corpo del terapeuta e il corpo del paziente e in questo dialogo il corpo del terapeuta è messo in gioco non solo nelle sue componenti motorie e percettive, ma anche in quelle espressive non verbali che trasmettono messaggi emotivi e affettivi della massima importanza nella comunicazione con il bambino con disabilità e non.

È un corpo che mette in gioco la globalità della persona e la rende presente con la propria unicità nell'incontro con l'altro. In questo senso il terapeuta non ha un corpo, ma è un corpo che si esprime e che comunica e, nella stanza di terapia, interagisce con un altro corpo che è presente, anch'esso, con tutti i propri limiti e potenzialità.

Inoltre, funzione fondamentale del movimento è permettere un'interazione attiva ed efficiente con l'ambiente; attraverso il movimento, ci spostiamo nel mondo e, soprattutto nei primi anni di vita, questo rappresenta l'unica modalità attraverso cui il bambino esplora e impara a conoscere prima il proprio corpo e successivamente l'ambiente che lo circonda (Camaioni e Di Blasio, 2002).

Von Hofsten (2009) suggerisce come i movimenti degli organismi biologici siano organizzati, fin dalle prime fasi della vita, come azioni, cioè, sono definiti da obiettivi e guidati da possibili informazioni provenienti dall'ambiente, e come la percezione sia necessaria sia per pianificare le azioni sia per guidarle verso l'obiettivo finale.

Già alla nascita, il nostro cervello è predisposto a riconoscere il movimento umano, integrando informazioni motorie e sensoriali di vario genere (visive, cinestesiche, propriocettive ecc.) e a rilevare gli stimoli sociali sulla base delle loro proprietà come la presenza di un moto semirigido chiamato "biological motion", che può essere distinto da un movimento casuale non «vitale» (Simion, Di Giorgio, Leo e Bardi, 2011). Tale predisposizione ci permette progressivamente di interpretare e dare un significato sociale al movimento, immettendoci nella relazione con l'altro, e permettendoci di distinguere le emozioni dell'altro attraverso le modalità di utilizzo del corpo nella relazione.

Per questi motivi, nei primi anni di vita lo sviluppo delle funzioni percettivo-motorie e lo sviluppo delle funzioni mentali sono estremamente compenetrati, si influenzano reciprocamente ed evolvono in stretta interdipendenza, mantenendo anche in epoche successive connessioni e legami profondi.

In questo senso, il corpo va quindi interpretato come corpo che «interagisce» con il mondo e che «parla» attraverso un linguaggio non verbale (sguardo, postura, gesto, espressioni), e che «segnala» all'esterno conflitti e frustrazioni (per esempio attraverso il pianto e il tono muscolare).

Tali assunti permettono di inquadrare il ruolo chiave del corpo e del movimento all'interno della TNPMEE per il bambino con disabilità, non solo in quanto questo è spesso l'unico mezzo attraverso cui il bambino può comunicare le proprie emozioni e i propri vissuti, ma anche perché un utilizzo consapevole del proprio corpo e del proprio movimento da parte del TNPEE può consentire un flusso di informazioni più fluido tra i due attori del trattamento, permettendo a entrambi di rilevare più facilmente i vari segnali comunicativi dell'altro e di parlare lo stesso linguaggio.

Nello specifico per quanto riguarda la FORMAZIONE A MEDIAZIONE CORPOREA all'interno del CdL di Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, con riferimento alla mia esperienza personale, al core competence del TNPEE, agli obiettivi formativi presentati nel paragrafo precedente, alle esperienze rintracciate in letteratura (Università Bicocca) sarebbe auspicabile prevedere percorsi formativi esperienziali strutturati in laboratori.

Nei laboratori si dovrebbe:

- alternare momenti di vissuto corporeo (esperienza pratica) e momenti di verbalizzazione (riflessioni in gruppo a partire dalla propria esperienza).

- prevedere esperienze pratiche diversificate, articolate in attività individuali, di coppia, in piccolo gruppo o in maniera collettiva integrando l'intero gruppo-classe, con o senza oggetti, in cui il vissuto corporeo è sollecitato da specifiche consegne verbali del tutor, finalizzate a stimolare l'attivazione di tutti gli studenti.

- favorire la comprensione dell'importanza dell'individualità: nel lavoro formativo a mediazione corporea non esiste un modo giusto per rispondere a una consegna, ma esiste un proprio modo, unico e personale, che riflette le proprie sensazioni legate al corpo.

-favorire nello studente uno stato di disponibilità e presenza attiva, un'effettiva messa in gioco nell'interazione con l'ambiente e gli altri; un'alternanza tra momenti di ascolto attivo del proprio corpo e del proprio movimento, a momenti in cui è necessario ascoltare attivamente il corpo e il movimento del compagno.

-considerare l'eliminazione del linguaggio come strategia per l'attivazione dei canali comunicativi extraverbali e lo spostamento dell'attenzione su di sé e sull'altro, approfondendo la concentrazione sul «qui e ora» e aumentando la genuinità del gesto e del movimento. Il significato di questo setting è quello di lasciare la parola al corpo, permettendo una ricerca su registri espressivi e comunicativi spesso poco considerati.

Al fine di permettere una maggiore generalizzazione dell'esperienza di formazione corporea e una migliore integrazione tra le competenze tecnico-scientifiche e quelle di formazione personale gradualmente si dovrebbero inserire attività di «role play prescrittivi» (facilitatori dell'apprendimento di competenze relazionali con l'obiettivo di insegnare comportamenti circoscritti e predefiniti) e di «role play (semi)strutturati» (per la formazione di abilità di comunicazione attraverso il gioco dei ruoli, per apprendere come rapportarsi con pazienti, genitori e colleghi in un ambiente protetto, diventando progressivamente più consapevoli del proprio stile di comunicazione).

I **role play prescrittivi** prevedono un copione o canovaccio da seguire con l'obiettivo di insegnare comportamenti, ricreando «situazioni tipo» nell'ambito dell'assistenza sanitaria utilizzando simulazioni (meccanismo del modeling, imitazione) con relative successive discussioni riguardo dinamiche interpersonali emerse/suggerimenti da parte del tutor di indicazioni rispetto a comportamenti corretti.

I **role play semistrutturati** prevedono invece un copione circa le dinamiche terapeuta-paziente, in cui vengono fornite indicazioni di massima riguardanti l'interlocutore (il paziente), mentre chi gioca il ruolo del TNPEE ha un copione a cui ispirarsi, ma con la possibilità di esprimere in libertà il suo personaggio.

Nel **role play strutturato** occorre specificare anche il luogo in cui si giocherà la scena, indicare il motivo dell'incontro, fornire informazioni all'attore riguardo ai contenuti da portare durante il colloquio, lo stato d'animo e lo stile da adottare.

Sarebbe sempre auspicabile che prima e dopo i laboratori di role play vengono tenuti dei momenti di briefing supervisionati (tutor e/o dal Coordinatore CdL), per ricevere informazioni e riflettere anticipatamente sull'esperienza che l'allievo sta per compiere o per analizzare i vissuti dopo che l'esperienza è stata svolta.

Obiettivi del percorso di formazione corporea nel CdL di Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

È importante che il tutor esponga agli studenti il significato e lo scopo della formazione corporea nel e che condivida con il gruppo gli obiettivi del percorso. Tale aspetto sarà importante anche per facilitare lo studente a trovare legami e connessioni tra i laboratori esperienziali di formazione corporea e lo studio scientifico del neurosviluppo e delle sue atipicità.

Questi obiettivi vengono modulati a seconda dell'anno di corso frequentato dagli studenti.

OBIETTIVI PRIMO ANNO:

- migliorare la conoscenza del proprio corpo, del suo potenziale dinamico, energetico, espressivo ed emozionale;
- sviluppare la capacità di mettersi in gioco nel contesto formativo;
- sperimentare i vari registri comunicativi con l'altro e nel gruppo, in particolare la comunicazione non verbale;
- attivare la capacità di ascolto dello stile espressivo personale e dell'altro;
- favorire l'espressività personale, il movimento e l'arricchimento del proprio bagaglio di mezzi e strumenti;
- imparare a fidarsi di se stessi, degli altri e a prendersi carico del corpo dell'altro.

Per favorire il raggiungimento di questi obiettivi, il tutor propone attività pratiche centrate sul corpo in movimento, con particolare attenzione alle funzioni di controllo motorio, aggiustamento posturale, percezione e alla dimensione del gioco, che risulta essere fondamentale nella pratica neuropsicomotoria. Le attività con gli oggetti vengono proposte per favorirne l'uso funzionale e simbolico e per sperimentarne la funzione di mediatori della relazione. Durante l'esperienza pratica gli studenti vengono stimolati a sperimentare l'uso differenziato dei canali della comunicazione, in particolare quella non verbale, attraverso l'investimento della gestualità, della mimica, dello sguardo e del dialogo tonico-posturale.

In alcune occasioni le esperienze corporee (sia statiche sia in movimento) vengono proposte dal tutor attraverso la sperimentazione a occhi chiusi: questo per facilitare l'ascolto delle sensazioni relative al proprio corpo, al movimento e alla relazione con se stessi e con il gruppo.

Come metodologia di lavoro il tutor, in particolar modo al primo anno di corso, si pone come facilitatore, atto a guidare l'esperienza attraverso la presentazione delle attività, inserendo gradualmente le consegne in modo da permettere al singolo e al gruppo di mettere in gioco la propria creatività ed espressività.

OBIETTIVI SECONDO ANNO:

- favorire esperienze di rilassamento corporeo e concentrazione;
- approfondire le competenze nell'uso della comunicazione non verbale (controllo del gesto, della postura, della voce, ecc.);
- affinare la capacità di ascolto verso l'interno (di sé) e verso l'esterno;
- coordinare l'utilizzo della voce e del proprio movimento durante la relazione con l'altro;
- sincronizzare il proprio movimento al movimento dell'altro.

Le proposte effettuate cercano di favorire l'espressività nella relazione approfondendo la conoscenza del proprio corpo, del gesto, della postura e della voce in relazione a se stessi e al gruppo.

Aumentano le attività di respirazione e rilassamento per favorire la percezione del corpo e i vissuti di ruolo attivo e passivo nella comunicazione non verbale.

OBIETTIVI TERZO ANNO:

(Si richiede agli studenti di potere utilizzare la formazione corporea e l'esperienza pratica come strumenti privilegiati nell'intervento della terapia neuro e psicomotoria)

Le competenze terapeutiche sulle quali si porta lo studente a lavorare e riflettere sono:

- il dialogo tonico e posturale, la sintonia, la sincronizzazione, il distanziamento, l'attesa, i contrasti e le modulazioni nell'interazione;
- il perfezionamento dell'utilizzo del corpo come mezzo di comunicazione con l'altro e la maggiore consapevolezza delle potenzialità dei propri canali percettivi;

- l'intersoggettività e l'affinamento di competenze non verbali, verbali, di rispecchiamento, amplificazione e/o contenimento dell'agito;
- il rilassamento e la concentrazione come mezzo riabilitativo;
- la percezione dello spazio interno e dello spazio esterno come luogo di interazione ed espressione.

Le attività sperimentate con gli allievi del terzo anno favoriscono la possibilità di utilizzare la creatività e la potenzialità espressiva del singolo all'interno del gruppo in una relazione di aiuto e di cura, e quindi di traslare l'esperienza corporea vissuta con i pari nella potenziale esperienza da vivere in terapia con il paziente.

CRITICITA' rispetto la realizzazione di un percorso di formazione a mediazione corporea ottimale:

-ridotto tempo e "peso" dedicato alle attività laboratoriali: inserite negli ADE (24 CFU nei 3 anni di CdL) accorpate ad altri tipi di attività

-quantità e contenuti dei laboratori di formazione a mediazione corporea non omogenei e condivisi tra i vari CdL

-possibili caratteristiche personali emotivo/relazionali dello studente che possono ostacolare/precludere lo svolgimento delle attività a mediazione corporea

-spazi degli ambienti universitari spesso non idonei per dimensioni e arredi alla conduzione di laboratori a mediazione corporea

In sostanza, la formazione personale a mediazione corporea è intesa quindi come la possibilità di dare spazio e tempo al proprio corpo, di trovare un luogo di ascolto e di ricerca di senso del proprio sentire. Sperimentare il corpo in relazione, all'interno di un setting strutturato e finalizzato agli obiettivi già descritti, può permettere agli adulti che si affacciano a lavorare come TNPEE (ed in generale a tutti i professionisti nell'ambito della relazione d'aiuto) di sviluppare e ampliare la consapevolezza di sé, di riconoscere le risorse e i limiti personali e di stimolare la propria creatività in un processo che produce cambiamento.

Concludendo questo importante paragrafo, l'intervento neuro e psicomotorio richiede conoscenze e competenze tecniche specifiche per tutte le aree neuromotorie e psicobiologiche, neurosensoriali, fisiopatologiche e dell'assistenza/cura in età evolutiva, nonché la conoscenza teorica e pratica specifica dello sviluppo fisiologico del bambino e del ruolo che gioca la motricità in tale sviluppo.

Il TNPEE deve pertanto possedere conoscenze metodologiche specifiche per la valutazione dell'interrelazione tra funzioni affettive, cognitive, sensoriali e motorie per ogni singolo disturbo neurologico, neuropsicologico, neurosensoriale e psicopatologico dell'età evolutiva e per il loro recupero funzionale; deve inoltre possedere le conoscenze delle caratteristiche proprie delle patologie, che si modificano in rapporto allo sviluppo, nonché il possibile intreccio tra le diverse funzioni cognitive, tipiche o alterate, nel corso dello sviluppo stesso e le modificazioni dei quadri clinici e delle necessità di intervento nelle diverse fasce d'età.

Tali conoscenze tecniche devono però integrarsi con l'attitudine a utilizzare il corpo e il movimento in maniera consapevole, in quanto la relazione terapeutico-riabilitativa con un paziente in età evolutiva e con la sua famiglia necessita anche di un approccio empatico e ben modulato, che richiede una formazione personale e competenze di tipo trasversale e sistemico che vadano oltre il conoscere e padroneggiare le tecniche riabilitative specifiche per i vari disordini. Inoltre, sia la comunicazione verbale sia quella non verbale devono essere intese, in quest'ambito, come modalità di espressione,

di uno stile e di una capacità più ampia di relazionarsi all'ambiente, che il percorso formativo può guidare per favorire un processo armonico di crescita tra esse.

Strumenti formativi, come i laboratori esperienziali di formazione corporea, risultano fondamentali al fine di migliorare le competenze comunicative degli studenti, necessarie alla pratica terapeutico-riabilitativa e al fine di favorire l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie esperienze, le quali comprendono sensazioni, percezioni, impulsi, emozioni, pensieri, azioni e relazioni.

Il percorso di formazione corporea del TNPEE non è semplicemente da considerarsi come parte integrante del Core Curriculum formativo, ma diviene così una vera e propria esperienza di crescita che lo studente può vivere con il proprio corpo e che entra a far parte del suo bagaglio professionale e personale, per affrontare in maniera più serena e consapevole la propria esperienza con la disabilità (L.Tagliabue, G.Purpura).

4. COMPETENZE PROFESSIONALI DEL TNPEE

▪ COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI DEL TNPEE SPECIFICHE SECONDO IL MODELLO ISFOL

L'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (in acronimo ISFOL) è stato istituito nel 1972 e soppresso nel 2016 all'istituzione dell'Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP).

L'ISOLF è stato un ente di ricerca pubblico italiano, vigilato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con sede in Roma.

È stato il centro studi del Governo italiano in materia di formazione professionale e mercato del lavoro e le sue attività comprendono il monitoraggio, gli studi e le analisi del mercato del lavoro, con particolare riferimento ad aspetti quali il precariato e la discriminazione in tema di disabilità e di genere.

Ritengo utile citarlo per estrapolarne una struttura utile a sintetizzare le competenze sottese ad ogni professione.

Il Modello ISFOL definisce le U.F.C. (unità formative capitalizzabili) ovvero un insieme di competenze autonomamente significativo, riconoscibile dal mondo del lavoro come componente specifico di professionalità.

Tale modello consente il confronto con altre realtà a livello nazionale ed europeo in modo da poter riconoscere il patrimonio delle conoscenze e capacità acquisite dal professionista lungo tutto l'arco della propria vita professionale e personale.

Il professionista è il risultato della “composizione” di quattro aree di competenze:

COMPETENZE DI BASE: sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro.

Le aree di attività sono: - inglese - informatica - diritto del lavoro - organizzazione aziendale.

COMPETENZE TRASVERSALI: sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale.

Le aree di attività sono: -gestionale - relazionale – innovativa.

COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI: sono le capacità distintive della figura professionale.

COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI AL SETTORE SANITARIO: sono la contestualizzazione del modello nell'ambito sanitario, identificando le aree di attività/funzioni caratterizzanti che descrivono le competenze tipiche di ogni professionista.

Le aree di attività sono: - gestione - formazione - ricerca – consulenza.

Partendo da questa visione si evidenziano a seguire le competenze tecnico-professionali del TNPEE specifiche

PREVENZIONE

Effettuare attività di monitoraggio e prevenzione:

-elaborare progetti di promozione della salute volti al raggiungimento del benessere fisico mentale e sociale della popolazione infantile e in particolare del bambino con disabilità dello sviluppo in collaborazione con l'equipe delle aziende sanitarie locali le agenzie educative e le istituzioni scolastiche

-Collaborare attraverso la specifica valutazione neuropsicomotoria alla prevenzione e alla definizione del profilo dinamico funzionale

VALUTAZIONE

Effettuare l'osservazione:

- Attuare procedure di osservazione e valutazione neuropsicomotoria nei diversi contesti di vita apportando dati utili al clinico impegnato nella formulazione della diagnosi
- Valutare le interrelazioni e le implicazioni esistenti tra aspetti attentivi cognitivi motori metacognitivi di ogni singolo disturbo
- Contribuire in fase di progettazione dell'intervento alla definizione degli obiettivi terapeutici e delle strategie di intervento
- Effettuare in fase di verifica il confronto tra i risultati attesi e quelli reali per poi riformulare gli obiettivi

TERAPIA E RIABILITAZIONE

Elaborare progetti rivolti all'integrazione delle competenze in via di sviluppo:

- Adattare gli interventi terapeutici alle peculiari caratteristiche dei pazienti in età evolutiva
- Programmare interventi per i disturbi neuromotori neuropsicologici psicopatologici in collaborazione con altri professionisti
- Elaborare percorsi a sostegno di abilità cognitive e metacognitive favorendo i processi d'apprendimento e riducendo il rischio dell'instaurarsi di disturbi specifici
- Elaborare progetti di cura attraverso l'interazione tra la propria corporeità e quella del bambino utilizzando la dinamica corporea come strumento di integrazione delle funzioni mentali e delle relazioni interpersonali

Esercitare in ambito clinico:

- Svolgere interventi riabilitativi per tutti i disturbi psicomotori classicamente intesi
- Partecipare precocemente alla riabilitazione funzionale nelle patologie neuropsichiatriche acute e croniche in tutte quelle situazioni in cui il disturbo originario o coinvolge permanentemente la dimensione corporea interattiva
- Svolgere attività terapeutica a sostegno delle funzioni interattive di base per i disturbi della relazione e comunicazione dello spettro autistico e della capacità di regolazione emotivo comportamentale
- Trattare disturbi neuromotori neuropsicologici psicopatologici in collaborazione con altri profili
- Favorire l'organizzarsi di abilità grosso e fino-motorie sostenendo abilità prassiche transitive, costruttive e rappresentative
- Elaborare percorsi a sostegno di processi di ideazione, programmazione, pianificazione e realizzazione correlati a disturbi specifici
- Attuare interventi per il benessere psicofisico del bambino e della famiglia nei reparti di neonatologia e terapia intensiva neonatale

Utilizzare strumenti:

- Utilizzare tecniche specifiche e un proprio setting terapeutico per fascia d'età e per singoli stadi di sviluppo
- Riconoscere i messaggi non verbali veicolati dalle azioni del bambino
- Utilizzare le azioni modulandole attraverso le categorie del tono muscolare della postura della mimica della voce dello spazio del tempo e dell'oggetto per facilitare l'interazione

-Utilizzare la dinamica corporea per connettere azioni non integrate o per ricomporre parti di esse in un'azione significativa

Sviluppare sinergie di lavoro e documentare gli interventi:

-Garantire al minore il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale in collaborazione con gli operatori sanitari

-Documentare le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata secondo gli obiettivi di recupero funzionale e le caratteristiche proprie delle patologie che si modificano in rapporto allo sviluppo

-Elaborare il piano educativo individualizzato/personalizzato in collaborazione con l'equipe multidisciplinare.

▪ **TNPEE IN ITALIA: FIGURA PROFESSIONALE E CORE COMPETENCE**

Sintetizzando il TNPEE svolge attività di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione nei confronti delle disabilità dell'età evolutiva (fascia di età 0-18 anni).

Opera all'interno della cornice teorica del Modello bio-psico-sociale, secondo cui il risultato della malattia così come della salute dipende dalla complessa interazione di molteplici fattori; tale modello è adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute – Versione Bambini e Adolescenti (ICF-CY) a cui il TNPEE fa riferimento per individuare gli obiettivi della sua azione.

L'area di intervento è rappresentata dalle Disabilità dello sviluppo, ovvero tutte quelle situazioni in cui in conseguenza di una malattia, di un disturbo o di una menomazione — comunque determinata — il soggetto presenta difficoltà nell'attualizzazione delle abilità necessarie alle attività, alla partecipazione e, più in generale, alla realizzazione del progetto di crescita.

Il CORE COMPETENCE della professione declina i seguenti ambiti e attività:

-attività di riabilitazione dove il TNPEE attua interventi terapeutici-riabilitativi nelle Menomazioni (b1, Funzioni mentali globali e specifiche; b2, Funzioni sensoriali; b7, Funzioni neuro-muscolo-scheletriche e correlate al movimento) per favorire i processi di riorganizzazione funzionale, e svolge attività terapeutica per le disabilità neuropsicomotorie, psicomotorie e neuropsicologiche utilizzando tecniche specifiche per fasce d'età e per singoli stadi di sviluppo, adattando gli interventi alle particolari caratteristiche dei pazienti con quadri clinici multiformi che si modificano nel tempo in relazione alle funzioni emergenti;

-attività di abilitazione in cui il TNPEE interviene favorendo l'emergere delle funzioni (d1, Apprendimento e applicazione delle conoscenze; d2, Compiti e richieste generali; d3, Comunicazione; d4, Mobilità; d7, Interazioni e relazioni interpersonali) al fine di garantire le Attività e la Partecipazione del soggetto, compatibilmente all'età e al livello di sviluppo;

-attività di prevenzione dove il TNPEE agisce nella duplice prospettiva di prevenire l'attualizzazione di percorsi di sviluppo atipici nelle situazioni di rischio sia biologico sia sociale, e di prevenire processi di esclusione del soggetto diversamente abile, favorendo la generalizzazione delle competenze apprese nel setting terapeutico agli abituali contesti di vita.

IL TNPEE opera con persone in età evolutiva che stanno acquisendo competenze intra e interpersonali, necessarie a garantire la partecipazione e l'inclusione, quali:

- presa di coscienza di Sé e dell'altro;
- consapevolezza delle regole che definiscono i rapporti interpersonali e, più in generale, del gruppo sociale;
- padronanza delle strategie utili a fronteggiare le novità e le difficoltà;

- pianificazione del comportamento in relazione ai differenti contesti e richieste.

Si tratta pertanto di promuovere un percorso di «crescita» articolato reso possibile, da un lato, dalla progressiva maturazione di strutture neurobiologiche che riescono a organizzare le esperienze in sistemi di complessità crescente e, dall'altro, dalla progressiva acquisizione delle «abilità» emergenti motorie, prassiche, linguistiche e sociali.

Il lavoro riabilitativo è quindi rivolto a facilitare l'emergere delle abilità, senza perdere mai di vista la valenza «strumentale» di tali abilità, il cui fine è la realizzazione di un progetto di sviluppo globale che riguarda l'intera crescita della persona.

▪ **RICONOSCIMENTO TITOLI ESTERI E LIBERA CIRCOLAZIONE DEI PROFESSIONISTI TNPEE NELL'UNIONE EUROPEA**

Dal suo esordio francese e svizzero dei primi anni Sessanta, la Psicomotricità si è estesa non solo in tutta Europa, ma anche nel resto del mondo, in particolare negli Stati Uniti e in America Latina.

Solamente in Italia, però, la sua applicazione nei diversi ambiti pedagogico, socio-educativo, sanitario ha portato negli anni a una profonda rivoluzione e alla trasformazione della figura, fino alla successiva differenziazione degli ambiti applicativi e alla definizione di due distinti profili professionali: quello dello Psicomotricista, operativo in ambito socio-educativo, e quello del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva in ambito sanitario preventivo, abilitativo e riabilitativo.

Tale processo ha fatto del TNPEE un'eccellenza sanitaria tutta italiana, nonché figura unica al mondo per denominazione e riconoscimento professionale istituzionale.

In quest'ottica, sembrerebbe impossibile vedere riconosciuto il proprio titolo di TNPEE e poter svolgere la professione al di fuori dell'Italia. Tuttavia, non è così, infatti il riconoscimento dei titoli professionali italiani (medico, ingegnere, avvocato, dentista, biologo, assistente sociale, fisioterapista ecc.) all'interno dei Paesi membri dell'Unione Europea (Francia, Germania, Spagna, Irlanda, Portogallo, Grecia, Belgio, Lussemburgo, Paesi Bassi, Danimarca, Austria, Svezia, Finlandia) e dello Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) è possibile e regolato da una serie di direttive generali o settoriali. Pertanto, anche lo studente o il professionista che ha conseguito in Italia titoli accademici o professionali ha diritto, in linea di principio, a vederli riconosciuti nel Paese estero di destinazione, per ragioni di studio o di lavoro.

Le norme e le procedure che regolano il riconoscimento dei titoli accademici italiani all'estero sono diverse da Paese a Paese e per facilitare la libera circolazione internazionale (Direttiva 2013/55/UE), in particolare degli studenti, sono stati istituiti Centri di informazione sul riconoscimento dei titoli accademici conseguiti all'estero. Tali centri nazionali sono coordinati nelle reti europee denominate NARIC e ENIC promosse rispettivamente dalla Commissione Europea, dal Consiglio d'Europa e dall'Unesco.

Il cittadino italiano interessato al riconoscimento all'estero dei propri titoli accademici può pertanto rivolgersi direttamente al centro nazionale (NARIC o ENIC) del Paese prescelto per acquisire informazioni sulle diverse forme e procedure di riconoscimento.

▪ **PROSPETTIVE IN EUROPA E NEL MONDO**

Analizzando l'evoluzione storica della Psicomotricità e delle sue applicazioni nei diversi ambiti, appare chiaro che, soprattutto nei Paesi europei, gli psicomotricisti svolgono un ruolo in diversi settori

come quello della salute, della prevenzione, dell'educazione, della rieducazione, dell'istruzione e della ricerca, e rivolgono le loro prestazioni a tutte le fasce di età della popolazione.

Tuttavia, appare altrettanto evidente come alla vasta estensione applicativa, in ambito pedagogico, sanitario, in età evolutiva, adulta e geriatrica non sia seguita un'evoluzione del processo di riconoscimento della figura dello Psicomotricista in ambito istituzionale nei diversi Paesi.

Nonostante, infatti, la Psicomotricità sia presente nel mondo, resta ancora profondamente radicato nella tradizione e nella storia di ogni Paese il percorso di formazione professionale che ancora a oggi non ha una sua definizione a livello internazionale, rendendo così variabile la possibilità di riconoscimento dei titoli abilitanti alla professione e negli ambiti di intervento.

Per garantire una formazione di base più omogenea dello Psicomotricista, in Europa nel 1996 è stato istituito il Foro Europeo della Psicomotricità (FEP), con sede in Germania, a Marburg.

Il FEP riunisce numerosi Paesi in cui è presente la Psicomotricità tra i quali Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Finlandia, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Portogallo, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia e Svizzera.

Le realtà europee più importanti, nelle quali la professione è riconosciuta e regolamentata dallo Stato, e nelle quali si rileva maggiore risonanza della professione in tutti gli ambiti di applicazione, compreso quello sanitario per l'età evolutiva in strutture pubbliche e private, sono quella francese e quella svizzera.

FRANCIA

In Francia, lo Psicomotricista è un professionista della salute paramedico, riconosciuto dal 1974 come assistente medico tramite atti di Decreto n. 74-112 del 15 febbraio 1974. L'esercizio della professione dipende dall'ottenimento di un Diploma Statale (Diplôme d'État, DE) a seguito di un concorso abilitante svolto all'interno di scuole di formazione teorica, clinica e pratica della durata di 3 anni.

I principali decreti che negli anni hanno portato alla regolamentazione della professione in Francia sono:

- 1974: decreto che stabilisce l'istituzione del "Diploma di Stato di Psicorieducatore", modificato dal decreto del 1985 che sostituisce il termine di "Psicorieducatore" con quello di Psicomotricista;
- 1980: decreto che definisce uno "statuto ospedaliero per gli psicomotricisti";
- 1988: decreto che stabilisce l'elenco degli interventi professionali che competono agli psicomotricisti;
- 1995: legge che inserisce gli psicomotricisti nell'elenco degli ausiliari medici e li tutela rispetto all'esercizio illegale della professione;
- 2004: decreto che raccoglie l'insieme dei testi citati nei decreti precedenti e diventa il riferimento legislativo attuale per le professioni paramediche.

In un dossier del 2006, compilato dallo SNUP in accordo con un'altra importante associazione di psicomotricisti, l'AFEPP, risulta che gli psicomotricisti in Francia sono 6.500 di cui il 56,7% esercita nelle istituzioni private, il 43% nelle istituzioni pubbliche e il 10% nella libera professione.

SVIZZERA

In Svizzera, lo Psicomotricista è una figura che svolge la sua attività terapeutica con neonati, bambini, adolescenti, adulti e anziani in stretta collaborazione con medici, psicologi, logopedisti, insegnanti, educatori e genitori. Le sue competenze sono del tutto affini a quelle del TNPEE italiano, ma può

anche fare diagnosi di alcuni disturbi e fragilità nello sviluppo psicomotorio ed è inoltre responsabile della pianificazione, dello svolgimento e della valutazione delle opportune misure terapeutiche e di sostegno.

Il percorso di formazione è affidato a Istituti di formazione Psicomotoria riconosciuti a livello statale, tra cui l'Haute École de travail social, HETS di Ginevra e l'Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik di Zurigo.

La formazione in terapia psicomotoria, previo conseguimento di un attestato di maturità liceale, un diploma d'insegnamento riconosciuto dalla CDPE o un attestato di una scuola universitaria professionale, si svolge nel quadro di un ciclo di studi bachelor della durata di 3 anni per un totale di 180 punti ECT (European Credit Transfert System). Il percorso formativo comprende, oltre ai contenuti di Psicomotricità, anche contenuti rilevanti di discipline affini come le scienze dell'educazione, la pedagogia curativa, la psicologia, la medicina, il diritto, la metodologia scientifica e le scienze motorie. La formazione pratica è parte integrante della formazione teorica e si svolge in maniera alterna. A conclusione dello studio bachelor viene rilasciato il Diploma in Terapia Psicomotoria conforme a quanto previsto per la Libera Circolazione dei professionisti in Europa.

L'associazione rappresentativa è la "Psychomotorik Schweiz" e la rivista di riferimento è «Motorik».

ALTRI CONTESTI EUROPEI

Dalla sua culla francese e svizzera la Psicomotricità si è negli anni espansa in numerose altre realtà del contesto europeo. In particolare:

- **Belgio:** il "Bachelor en Psychomotricité" forma un professionista del benessere fisico, mentale, sociale, relazionale, corporeo ed emotivo che fornisce un supporto olistico alle persone con quadri clinici di sofferenza psicofisica. Egli rivolge il suo intervento a tutte le fasce d'età in diversi campi di intervento, quali l'istruzione, la prevenzione e la ricerca. Può esercitare la libera professione o lavorare come dipendente o collaboratore in istituti di varia natura, in collaborazione con équipe multidisciplinari. Il percorso di formazione consta di un corso di 3 anni per un totale di 180 punti ETS, implementato nella Scuola di Alta formazione dal 2012, che soddisfa i requisiti del livello 6 dell'European Certification Framework per corsi di tipo breve, e consente il conseguimento di un Titolo Accademico di Laurea in Psicomotricità ufficialmente riconosciuto in Belgio;
- **Germania:** la tradizione psicomotoria tedesca fonda le sue radici nei primi anni del Novecento nella ginnastica educativa, assegnando al movimento un ruolo chiave nell'abilità di apprendimento, nello sviluppo della personalità e nell'espressione dell'individuo. Da quel momento l'approccio pedagogico al movimento si trasforma sempre più fino a definire la figura dello Psicomotricista e identificarla con il professionista in grado di sostenere lo sviluppo e l'educazione terapeutica della persona durante tutto l'arco della vita, anche in presenza di condizioni cliniche patologiche. La preparazione teorica dei terapisti prevede la partecipazione a diversi corsi, tra cui Educazione al Motopäden (effettuata nelle scuole professionali Fachschule), Corso Universitario Professionale in Motologie e corsi aggiuntivi (ad esempio Aktionskreis Psychomotorik). Esiste un'associazione Nazionale tedesca di psicomotricisti: la Deutsche Gesellschaft für Psychomotorik;
- **Irlanda:** la terapia in età evolutiva è attuata da Terapisti del Neuro Sviluppo e si caratterizza per programmi non invasivi di tipo prevalentemente motorio che mirano a promuovere lo sviluppo del sistema nervoso e l'inibizione dei riflessi primitivi. Ogni programma, la cui durata risulta variare tra i 12 e i 18 mesi, è individualizzato e pertanto, progettato per rispondere alle specifiche esigenze

del bambino e si evolve in base ai suoi progressi. Per diventare Terapisti del Neuro Sviluppo, è necessario frequentare un corso di studio post-laurea della durata di un anno, che consente l'iscrizione al Registro della "Irish Association of Neurodevelopmental Therapists" e garantisce la possibilità di lavorare in contesti privati;

- **Lussemburgo:** la professione di terapeuta per lo sviluppo in età pediatrica è accessibile dopo aver conseguito un Diploma di Stato di Psicomotricista, anche se potrebbe essere necessaria una formazione aggiuntiva. L'attività dei terapeuti è svolta in ospedali, centri specializzati, associazioni e studi privati;
- **Regno Unito:** esistono due campi di intervento per la Psicomotricità inglese, quello preventivo e quello terapeutico. Il titolo è conseguito dopo aver frequentato un master universitario della durata di due anni.

IL CONTESTO EXTRA-EUROPEO

L'approccio e le tecniche psicomotorie hanno influenzato la cultura di numerosi Paesi anche al di fuori del contesto europeo, nel quale, seppur con le dovute differenze, è possibile rintracciare la presenza di professionisti della Psicomotricità che operano anche in questo caso per competenze e settori assimilabili a quelli del TNPEE. Riportiamo a seguire i principali:

- **California:** sebbene non vi sia un chiaro rimando alla pratica e alle tecniche psicomotorie, la pratica terapeutica californiana si basa su un modello olistico e interdisciplinare che enfatizza il ruolo del movimento nell'abilitazione e riabilitazione degli individui con patologie del movimento. Il trattamento è svolto principalmente da Terapisti Occupazionali, Fisioterapisti o Logopedisti che hanno conseguito un certificato riconosciuto dalla "Neuro-Developmental Treatment Association" (NTDA) della durata di 12 mesi;
- **Nuova Zelanda:** la terapia in età pediatrica, in particolare in bambini di età inferiore ai 30 mesi con quadri di disabilità motoria, viene effettuata da Fisioterapisti e/o Terapisti Occupazionali che conseguono una certificazione annuale privata in "Visiting Neurodevelopmental Therapist" (VNT).

(Abrunzo R., Cortese S.; Della Corte G.; Zecchi B.)

Schema riassuntivo delle figure la cui formazione, competenza e ambito di esercizio della professione risultano assimilabili a quelle del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva.

Contesto Europeo ed Extraeuropeo

STATO	NOME	TITOLO	AMBITO LAVORATIVO
Italia	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	Laurea di primo livello regolamentata dal D.02/04/2011	Clinica, pubblico, privato
California	Neurodevelopmental therapist	Certificato NDTA (durata 12 mesi)	Clinica, educazione
Francia	Psychomotricien (therapeute en psychomotricité)	Scuola di formazione universitaria, regolamentata dalla L.4332-1	Clinica, pubblico, privato, scuola
Germania	Psychomotorik therapeut	Corsi professionali di diversa durata	Pubblico, scuola
Inghilterra	Psychomotor therapist	Master universitario	Privato, scuola
Irlanda	Neurodevelopmental therapist	Corso post-laurea (master I livello)	Privato
Lussemburgo	Rééducateur en psychomotricité	Registro ufficiale, diploma di Stato	Pubblico, privato
Nuova Zelanda	Visiting Neurodevelopmental therapist	Certificazione annuale privata	Pubblico
Spagna	Psicomotricista	Nessun registro ufficiale, diploma	Scuola, clinica, pubblico, privato
Svizzera	Psychomotor therapist	Nessun registro ufficiale, diploma bachelor	Scuola, pubblico, privato

* R. Abrunzo; S. Cortese; G. Della Corte; B. Zecchi

5. PROGETTO

▪ OBIETTIVI

Già nell'introduzione dell'elaborato sono stati affrontati i motivi che mi hanno spinto alla scelta del contenuto della Tesi ed è stato presentato il titolo che ne sintetizza efficacemente i contenuti: **“Bisogni e criticità dei TNPEE: studio trasversale su distribuzione, formazione, stato occupazionale dei professionisti in Italia”**

Finora è stato disegnato il complesso iter che spiega nascita, sviluppo, specificità e formazione del professionista TNPEE.

Da questo capitolo in poi mi addentrerò nel cuore della Tesi iniziando dall'esplicitazione dei due obiettivi principali:

- verificare l'omogeneità/disomogeneità della distribuzione dei TNPEE in Italia (rapportata al fabbisogno della popolazione in età evolutiva italiani regione per regione)
- verificare l'omogeneità e la soddisfazione della formazione ricevuta nei CdL delle diverse Facoltà italiane di Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva con focus sul tirocinio, sulla mediazione corporea e sui contenuti tecnico-professionali in relazione alle reali necessità riscontrate dai professionisti in ambito lavorativo

In secondo luogo, sarà possibile:

- comprendere il quadro lavorativo dei TNPEE italiani da un punto di vista clinico: aree di intervento, lavoro multidisciplinare
- comprendere il quadro lavorativo dei TNPEE italiani da un punto di vista occupazionale: tipologia di struttura, inquadramento, impegno orario settimanale
- verificare le formazioni secondarie dei TNPEE italiani
- verificare la presenza nei corsi di studio dell'approccio EBM
- verificare l'approccio EBP nella pratica lavorativa

6. MATERIALI E METODI

▪ RICERCA TNPEE: POPOLAZIONE ITALIANA TOTALE

Per identificare la popolazione italiana dei TNPEE, al fine di verificare successivamente la consistenza del mio campione, ho cercato di conteggiare tutti in TNPEE presenti sul territorio nazionale tramite: consultazione sito dell'Ordine TSRM PSTRP e contatto diretto con la CdA Nazionale TNPEE dell'Ordine TSRM PSTRP.

CRITICITA':

-i dati numerici dei professionisti TNPEE italiani non sono ufficialmente disponibili
-la regolamentazione dell'Ordine TSRM PSTRP riguardo la diffusione dei dati numerici non è chiara né condivisa tra i diversi Ordini provinciali e CdA TNPEE provinciali.

Riscontrando tali difficoltà ho proceduto alla ricerca dei TNPEE albo per albo all'indirizzo <https://albo.alboweb.net/registry/search> fruibile liberamente da per tutti i cittadini.

Pur non essendo prevista una modalità di visualizzazione completa dei nominativi dei professionisti, facendo numerosi tentativi e interfacciandomi con diversi colleghi, è stato possibile bypassare il problema e ottenere gli elenchi completi procedendo con la seguente compilazione dei campi:

Cognome: spazio vuoto

Nome: nessun inserimento

Iscritto a: di volta in volta tutti gli ordini provinciali

Albo: TNPEE

Grazie a questa modalità ho potuto

-conteggiare uno ad uno i professionisti TNPEE iscritti agli albi in Italia ottenendo il numero totale
-verificare in quali Ordini TSRM PSTRP provinciali siano costituite le Commissioni d'Albo dei TNPEE

-conteggiare i TNPEE iscritti ai singoli albi provinciali

-ricavare la popolazione dei TNPEE italiani sommando i numeri dei singoli albi provinciali

-ricavare la popolazione dei TNPEE in ogni regione italiana sommando i numeri dei singoli albi provinciali

▪ RACCOLTA DATI POPOLAZIONE IN ITALIA IN ETÀ EVOLUTIVA

Per la raccolta dei numeri inerenti alla popolazione italiana in età evolutiva (0-18 anni) si sono utilizzati i dati ISTAT riferiti al 31/12/2022.

Grazie a questo strumento è stato possibile reperire i numeri di soggetti in età evolutiva:

-totali in Italia

-suddivisi per Regioni

-suddivisi per provincia

-differenziati per fasce d'età

▪ RICERCA SEDI DEI CDL E CONSULTAZIONE PIANI DI STUDIO A.A. 2022/23

Per ottenere l'elenco completo delle Facoltà con il CdL attivo sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- motore di ricerca Google (ricerca con combinazioni dei seguenti termini: “CdL” “Corso di Laurea” “TNPEE” “Terapia della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva” “Università” “Facoltà”)
- siti delle Associazioni di categoria (AITNE e ANUPI-TNPEE)

Successivamente consultando i siti delle singole Facoltà si sono raccolti e visionati i Piani di Studio disponibili per l’A.A. 2022/23

CRITICITA’

- la ricerca su Google tramite le parole chiave non ha portato alla formulazione di un elenco completo delle sedi universitarie con CdL in TNPMEE attivo
- i siti di alcune Facoltà non sono chiari e di semplice navigazione
- i siti di alcune Facoltà non sono aggiornati e non contengono i Piani di Studio per l’A.A. in corso
- i siti delle associazioni di categoria contengono informazioni parziali rispetto le sedi universitarie con CdL attivi/non attivi

▪ **QUESTIONARIO: CREAZIONE E DIFFUSIONE**

Questionario (Allegato 1)

Fasi della creazione del questionario

- prima stesura autonoma
- revisione dei contenuti con l’ausilio di due colleghe TNPEE
- revisione della struttura e dei contenuti con l’ausilio della relatrice Dottoressa D’Antuono Mariarosaria
- creazione del questionario definitivo realizzata tramite Google Moduli con impostazione della funzione di blocco per garantire un’unica compilazione a professionista
- prova di compilazione da parte delle due colleghe TNPEE sopra citate con calcolo del tempo di compilazione per verificare la coincidenza con quello dichiarato
- Inizio diffusione in data in data 23/03/2023

Modalità e strumenti di diffusione

- contatti personali con richiesta di compilazione e preghiera di promuovere personalmente la diffusione
 - invio di richiesta diffusione questionario agli Ordini TSRM- PSTRP provinciali/Albi TNPEE provinciali
 - invio richiesta diffusione tramite Associazione tecnico-scientifica AITNE
- Avendo ricevuto riscontro negativo per la diffusione del questionario dagli Ordini TSRM-PSTRP provinciali e riscontro positivo solo da 3 albi provinciali TNPEE, ho provveduto a identificare ulteriori modalità diffusione:
- ricerca attraverso pagine FB di professionisti TNPEE (ricerca per “TNPEE” “terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva” “neuropsicomotricista” “neuropsicomotricità” “terapia neuropsicomotoria”) e relativi invii personali attraverso la messaggistica dell’applicazione Messenger
 - pubblicazione sulle pagine FB di gruppi di TNPEE
 - pubblicazione nella “chat TNPEE italiani” di Telegram (circa 2000 partecipanti)

Avendo compreso che la diffusione del questionario tramite chat Telegram non è funzionale in quanto l'invio del questionario passa in secondo piano in pochi minuti a causa del numero totale di messaggi presenti in chat, ho provveduto ad invii personali verso i singoli membri della chat Telegram, con numero di invii giornalieri variabile da 20 a 40 (l'applicazione blocca gli invii per numero crescente di giorni dopo un numero consecutivo di invii a contatti non reciproci per la possibilità di essere SPAM)

In data 20/04/2023 l'Associazione AITNE conferma l'invio del questionario tramite mail a tutti gli iscritti (nei giorni successivi non si riscontra un aumento significativo di ricezione questionari)

In data 31/05/2023 si sospende l'invio dei questionari.

In data 08/06/2023 si chiude la raccolta dei questionari e si procede all'elaborazione.

Tabella A: progressione della raccolta questionari

DATA	N questionari giornalieri raccolti	Σ progressiva dei questionari raccolti
23-mar	32	32
24-mar	71	103
25-mar	14	117
26-mar	49	166
27-mar	41	207
28-mar	28	235
29-mar	20	255
30-mar	16	271
31-mar	9	280
01-apr	13	293
02-apr	11	304
03-apr	17	321
04-apr	12	333
05-apr	6	339
06-apr	2	341
07-apr	3	344
08-apr	7	351
09-apr	0	351
10-apr	6	357
11-apr	7	364
12-apr	11	375
13-apr	8	383
14-apr	8	391
15-apr	7	398
16-apr	11	409
17-apr	8	417
18-apr	11	428
19-apr	6	434
20-apr	19	453
21-apr	16	469
22-apr	0	469
23-apr	0	469
24-apr	3	472
25-apr	1	473
26-apr	1	474
27-apr	3	477
28-apr	0	477
29-apr	0	477
30-apr	0	477
01-mag	2	479
02-mag	2	481
03-mag	4	485
04-mag	2	487
05-mag	2	489
06-mag	4	493
07-mag	2	495
08-mag	4	499
09-mag	6	505
10-mag	16	521
11-mag	11	532
12-mag	2	534
13-mag	9	543
14-mag	3	546
15-mag	8	554
16-mag	15	569
17-mag	14	583
18-mag	3	586
19-mag	2	588
20-mag	2	590
21-mag	1	591
22-mag	5	596
23-mag	2	598
24-mag	2	600
25-mag	2	602
26-mag	1	603
27-mag	5	608
28-mag	5	613
29-mag	4	617
30-mag	5	622
31-mag	4	626
01-giu	1	627
02-giu	3	630
03-giu	0	630
04-giu	1	631
05-giu	0	631
06-giu	0	631
07-giu	1	632
08-giu	2	634

7. RISULTATI

▪ DISTRIBUZIONI TNPEE ESERCITANTI IN ITALIA PER REGIONI E CDA PROVINCIALI

Dati raccolti autonomamente relativi alla data del 12/03/2023 (Tab B)

Nb: Si specifica che, per quanto riguarda la Valle D'Aosta, non è stato possibile elaborare il dato dei TNPEE della Regione con le modalità sopra descritte in quanto non costituita alcuna CdA TNPEE provinciale. Si osserva che Aosta è accorpata con una CdA TNPEE provinciale del Piemonte (Torino – Aosta – Alessandria-Asti).

Tabella B

REGIONE	CdA provinciali Ordine TSRM-PSTRP	N° TNPEE per albo	N° TNPEE per regione
PIEMONTE	Torino-Aosta-Alessandria-Asti	235	
PIEMONTE	Novara-Verbania-Cusio-Ossola	42	
PIEMONTE	Cuneo	61	
PIEMONTE	Vercelli-Biella	13	351
LIGURIA	Genova-Imperia-Savona	157	
LIGURIA	La Spezia	16	173
LOMBARDIA	Milano-Como-Lecco-Lodi-Monza-Brianza-Sondrio	791	
LOMBARDIA	Bergamo	106	
LOMBARDIA	Brescia	42	
LOMBARDIA	Cremona	23	
LOMBARDIA	Mantova	13	
LOMBARDIA	Pavia	70	
LOMBARDIA	Varese	80	1125
TRENTINO ALTO ADIGE	Trento	26	
TRENTINO ALTO ADIGE	Bolzano	3	29
VENETO	Venezia-Padova	79	
VENETO	Verona	31	
VENETO	Belluno-Treviso-Vicenza	116	
VENETO	Rovigo	8	234
FRIULI VENEZIA GIULIA	Trieste-Gorizia-Pordenone-Udine	40	40
EMILIA ROMAGNA	Bologna	22	
EMILIA ROMAGNA	Ferrara	1	
EMILIA ROMAGNA	Modena-Reggio Emilia	5	
EMILIA ROMAGNA	Piacenza	11	
EMILIA ROMAGNA	Ravenna	1	

EMILIA ROMAGNA	Parma	12	
EMILIA ROMAGNA	Forli-Cesena-Rimini	9	61
TOSCANA	Firenze-Arezzo-Prato-Pistoia-Lucca-Massa Carrara	161	
TOSCANA	Pisa-Livorno-Grosseto	105	
TOSCANA	Siena	10	276
MARCHE	Ancona-Ascoli Piceno-Fermo-Macerata	93	
MARCHE	Pesaro Urbino	17	110
UMBRIA	Perugia-Terni	22	22
LAZIO	Roma	985	
LAZIO	Frosinone	110	
LAZIO	Latina	168	
LAZIO	Rieti	25	
LAZIO	Viterbo	33	1321
ABRUZZO	L'Aquila-Chieti-Teramo-Pescara	144	144
CAMPANIA	Napoli-Caserta-Benevento-Avellino	1136	
CAMPANIA	Salerno	176	1312
MOLISE	Campobasso	19	19
BASILICATA	Potenza-Matera	98	98
CALABRIA	Cosenza	55	
CALABRIA	Catanzaro-Crotone-Vibo Valentia	46	
CALABRIA	Reggio Calabria	57	158
PUGLIA	Bari-Taranto-Barletta-Andria-Trani	79	
PUGLIA	Brindisi	12	
PUGLIA	Foggia	17	
PUGLIA	Lecce	22	130
SICILIA	Palermo	133	
SICILIA	Catania	74	
SICILIA	Messina	133	
SICILIA	Siracusa	31	
SICILIA	Trapani	81	
SICILIA	Caltanissetta-Agrigento	65	
SICILIA	Enna	12	
SICILIA	Ragusa	23	552
SARDEGNA	Cagliari-Oristano	25	
SARDEGNA	Sassari-OlbiaTempio	11	
SARDEGNA	Nuoro	4	40
TOTALE		6195	6195

Grazie alla partecipazione al primo “Congresso nazionale dei TNPEE” svoltosi a Napoli in data 27/05/2023 si sono raccolti i dati ufficiali elaborati dalla Commissione di Albo Nazionale TNPEE (Tab C), sono questi i dati che verranno utilizzati per la discussione a seguire.

Nb: Si specifica che nella tabella viene inserita la Regione Valle d’Aosta in quanto nonostante non sia costituita alcuna CdA TNPEE provinciale in tale regione, la CdA Nazionale TNPEE ha potuto ottenere la specifica numerica dei TNPEE esercitanti in Valle d’Aosta dalla CdA provinciale Torino – Aosta – Alessandria-Asti

Tabella C:

DISTRIBUZIONE DEI TNPEE ISCRITTI AGLI ORDINI PROFESSIONALI PER REGIONE E PER ZONA: CONFRONTO TRA PRIMA E SECONDA RACCOLTA DATI.

ZONA	REGIONE	N° TNPEE Raccolta autonoma al 23/03/2023	N° TNPEE Dati dell’Ordine al 27/05/2023
NORD	VALLE D’AOSTA	dato mancante	8
	PIEMONTE	351	361
	LIGURIA	173	172
	LOMBARDIA	1125	1150
	TRENTINO ALTO ADIGE	29	31
	VENETO	234	258
	FRIULI VENEZIA GIULIA	40	40
	EMILIA ROMAGNA	61	87
CENTRO	TOSCANA	276	280
	UMBRIA	22	28
	MARCHE	110	110
	LAZIO	1321	1266
SUD	ABRUZZO	144	152
	MOLISE	19	19
	CAMPANIA	1312	1307
	PUGLIA	130	127
	BASILICATA	98	112
	CALABRIA	158	184
ISOLE	SICILIA	552	585
	SARDEGNA	40	46
TOTALE ITALIA		6195	6323

*Si riscontrano discrepanze verosimilmente dovute a: fattore temporale che giustifica variazioni legate a nuove iscrizioni all'ordine/pensionamenti; conteggio di iscritti all'Ordine TSRM-PSTRP in territori senza istituzione della Commissione di Albo provinciale non rintracciabili dalla prima ricerca.

Nel caso del Lazio (-55 unità) la raccolta di marzo 2023 è stata verosimilmente viziata da un errore di ricerca e/o da spostamenti dei professionisti e/o da inesattezza negli elenchi forniti dallo strumento utilizzato.

▪ **RACCOLTA DATI POPOLAZIONE IN ITALIA IN ETÀ EVOLUTIVA**

Dati ISTAT al 31/12/2022

Tabella D: DISTRIBUZIONE POPOLAZIONE ITALIANA DEI SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA (0-18 ANNI) SUDDIVISI IN FASCE DI ETÀ', PER REGIONE E PER ZONA

ZONA	REGIONI	FASCE ETÀ'				POPOLAZ TOTALE
		"0 - 2"	"3 - 5"	"6 - 12"	"13 - 18"	
NORD	VALLE D'AOSTA	2.312	2.611	7.551	7.251	19.725
	PIEMONTE	80.728	89.711	248.453	234.604	653.496
	LIGURIA	26.300	28.527	79.496	78.051	212.374
	LOMBARDIA	207.913	233.780	635.101	593.937	1.670.731
	TRENTINO ALTO ADIGE	27.662	29.565	75.400	68.315	200.942
	VENETO	98.043	107.989	296.999	284.996	788.027
	FRIULI VENEZIA GIULIA	22.316	24.204	67.469	64.678	178.667
	EMILIA ROMAGNA	90.555	99.662	272.402	252.657	715.276
CENTRO	TOSCANA	67.429	76.204	212.912	204.393	560.938
	UMBRIA	15.571	17.717	50.295	48.186	131.769
	MARCHE	27.758	31.055	88.441	83.826	231.080
	LAZIO	112.990	129.968	362.690	334.170	939.818
SUD	ABRUZZO	24.832	27.356	75.500	69.933	197.621
	MOLISE	5.098	5.902	15.615	14.992	41.607
	CAMPANIA	132.392	144.228	374.499	370.498	1.021.617
	PUGLIA	79.199	86.906	237.429	233.642	637.176
	BASILICATA	10.091	11.258	29.544	29.766	80.659
	CALABRIA	40.490	44.890	115.260	109.321	309.961
ISOLE	SICILIA	111.536	120.447	309.277	297.730	838.990
	SARDEGNA	24.310	28.585	83.893	81.177	217.965
TOTALE ITALIA		1.207.525	1.340.565	3.638.226	3.462.123	9.648.439

▪ **SEDI DEI CDL ATTIVI E PIANI DI STUDIO A.A. 2022/23**

Il confronto dettagliato di tutti i piani di studio delle varie facoltà italiane di TNPEE è risultato di difficile realizzazione.

La Tabella E inserita a seguire è frutto di una sintesi dei dati ricavati dai siti istituzionali delle facoltà. Si osserva che:

- I Cdl in Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva rientrano in Dipartimenti eterogenei
- Solo Uniroma2 dichiara le sedi di tirocinio e la formazione a mediazione corporea (ricerca specifica e non immediata)
- La distribuzione dei 60 CFU attribuiti al tirocinio nei 3 anni del corso di laurea in un caso è omogenea (UNIVPM), in due casi non segue un ordine crescente (UNIVAQ, UNIMIB) e nei restanti attribuisce un peso crescente dal primo al terzo anno. In due casi (UNIFI, UNITO) si registra un'incongruità sulla somma totale dei CFU
- La formazione a mediazione corporea non rientra nei moduli didattici ed è dichiarata tra le AAF di un unico caso (UNIROMA2)
- La specifica sia per le AAF che per le ADE è presente in soli due casi (UNIROMA2, UNIFI).
- Un unico caso (UNIMIB) presenta la specifica per le sole AAF
- Gli insegnamenti caratterizzanti attribuiti alla classe med/48 non sono sempre specificati. Dove precisati risultano molto variabili nell'attribuzione dei CFU, in un caso (UNIME) attribuiti alle sole AAF/ADE e non ai moduli didattici.

Tabella E: SINTESI ANALISI DEI SITI UNIVERSITARI

SEDE UNIV.	DIPARTIMENTO	PdS AA 22/23	SEDI TIROCINIO	DISTRIBUZIONE CFU TIROCINIO	MEDIAZIONE CORPOREA	LABORATORI / SEMINARI DICHIARATI	ADE DICHIARATI	MED/48	PESO CFU MED/48
ANCONA UNIVPM	Medicina sperimentale e clinica	SI	NO	1° ANNO: 20 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 20 CFU	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI-AAF 1° ANNO: 0 2° ANNO: 4 CFU 3° ANNO: 6 CFU (di cui 2 AAF) TOT: 10
GENOVA UNIGE	Neuroscienze, riabilitazione, oftalmologia, genetica e scienze materno-infantili	NO 2021/22	NO	1° ANNO: 13 CFU 2° ANNO: 22 CFU 3° ANNO: 25 CFU	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI-AAF 1° ANNO: 6 CFU (di cui 1 AAF) 2° ANNO: 6 CFU (di cui 1 AAF) 3° ANNO: 4 CFU TOT: 16
L' AQUILA UNIVAQ	Dipartimento di Medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente			1° ANNO: 20 CFU 2° ANNO: 17 CFU 3° ANNO: 23 CFU					MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 3 CFU 2° ANNO: 6 CFU 3° ANNO: 6 CFU TOT: 15

MESSINA UNIME	Dipartimento Patologia umana dell'adulto e dell'età evolutiva	Non specificato	NO	1° ANNO: 16 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 24 CFU	NO	NO	NO	Non specificato	AAF-ADE 1° ANNO: 2cfu AAF; ADE 2CFU 2° ANNO: 2cfu AAF; ADE 2CFU 3° ANNO: 2cfu AAF; ADE 2CFU TOT: 12
MILANO UNIMIB	Dipartimento di medicina e chirurgia	SI	NO	1° ANNO: 13 CFU 2° ANNO: 24 CFU 3° ANNO: 23 CFU	NO	-Educazione psicomotoria -Cura posturale -Infant massage -Metodo SAM -Lateralità e grafismo -Laboratorio dei sensi	NO	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 9 CFU 2° ANNO: 10 CFU 3° ANNO: 12 CFU TOT: 31
MILANO UNIMI	Scienze biomediche e cliniche	SI	NO	1° ANNO: 15 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 25 CFU	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 6 CFU 2° ANNO: 5 CFU 3° ANNO: 5 CFU TOT: 16
NAPOLI UNICAMPANIA	Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva	SI	NO	1° ANNO: 18 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 22 CFU	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 4 CFU 2° ANNO: 11 CFU 3° ANNO: 4 CFU TOT: 19

ROMA UNICATT	NON RILEVATO	SI	NO	1° ANNO: 16 CFU 2° ANNO: 18 CFU 3° ANNO: 26 CFU	NO	NO	NO	SI	*non rilevabili i singoli CFU
ROMA UNIROMA1	Scienze biotecnologiche medico chirurgiche	SI	NO	1° ANNO: 16 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 24 CFU	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 4 CFU 2° ANNO: 10 3° ANNO: 8 TOT: 22CFU

PADOVA UNIPD	Salute della Donna e del Bambino	NO	NO	1° ANNO: 13 CFU 2° ANNO: 22 CFU 3° ANNO: 25 CFU	NO	NO	NO	NO	
PAVIA UNIPV	Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento	SI	NO	1° ANNO: 15 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 25 CFU	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 2 2° ANNO: 7 3° ANNO: 10 TOT: 19
PISA UNIPPI	Dipartimento Medicina Clinica e Sperimentale	Non esplicitato l'a.a.	NO	1° ANNO: 15 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 28CFU *incongruo	NO	Seminari: -Basi biologiche del recupero -Aggiornamenti di neurologia infantile	-Elementi di chinesioterapia -Disturbi sensoriali -Riabilitazione disturbi dello spettro dell'autismo -Riabilitazione PCI -Metodologia della ricerca scientifica in riabilitazione -Aggiornamenti neuropsicologia dello sviluppo	Non specificato	*non rilevabili

ROMA UNIROMA2 TORVERGATA	Medicina dei sistemi	SI	SI	1° ANNO: 15 CFU 2° ANNO: 20 CFU 3° ANNO: 25 CFU	SI	LAB1 -Il ruolo del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva all'interno del team riabilitativo. Sbocchi lavorativi e formazione universitaria LAB2 -Corpo e corporeità" modelli di lettura del corpo "Il corpo e la relazione" "Il corpo, il movimento e l'azione nello spazio, nel tempo, con gli oggetti" "Il Corpo Comunicante" CNV e le posture significanti "L'azione in gioco" l'adulto che sa giocare LAB3 -Funzioni esecutive: valutazione e principi di intervento SEMINARI: -Applied behavior analysis: principi e concetti introduttivi -Utilizzo di ortesi e ausili in età evolutiva	- Team <u>interdisciplinare</u> <u>concentrato</u> su tutti i domini dello sviluppo -Coinvolgimento e partecipazione della famiglia -Orientamento e attenzione sociale -Attenzione Congiunta -Imitazione -Comunicazione non verbale -Gioco Funzionale/simbolico	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 6 2° ANNO: 4 3° ANNO: 6 TOT 16 CFU
TORINO UNITO	Scienze della sanità pubblica e pediatriche	SI	NO	1° ANNO: 16 CFU 2° ANNO: 21 CFU 3° ANNO: 25 CFU *Incongruo	NO	NO	NO	SI	MODULI DIDATTICI 1° ANNO: 6 2° ANNO: 10 3° ANNO: 7 TOT: 23 CFU

8. DISCUSSIONE

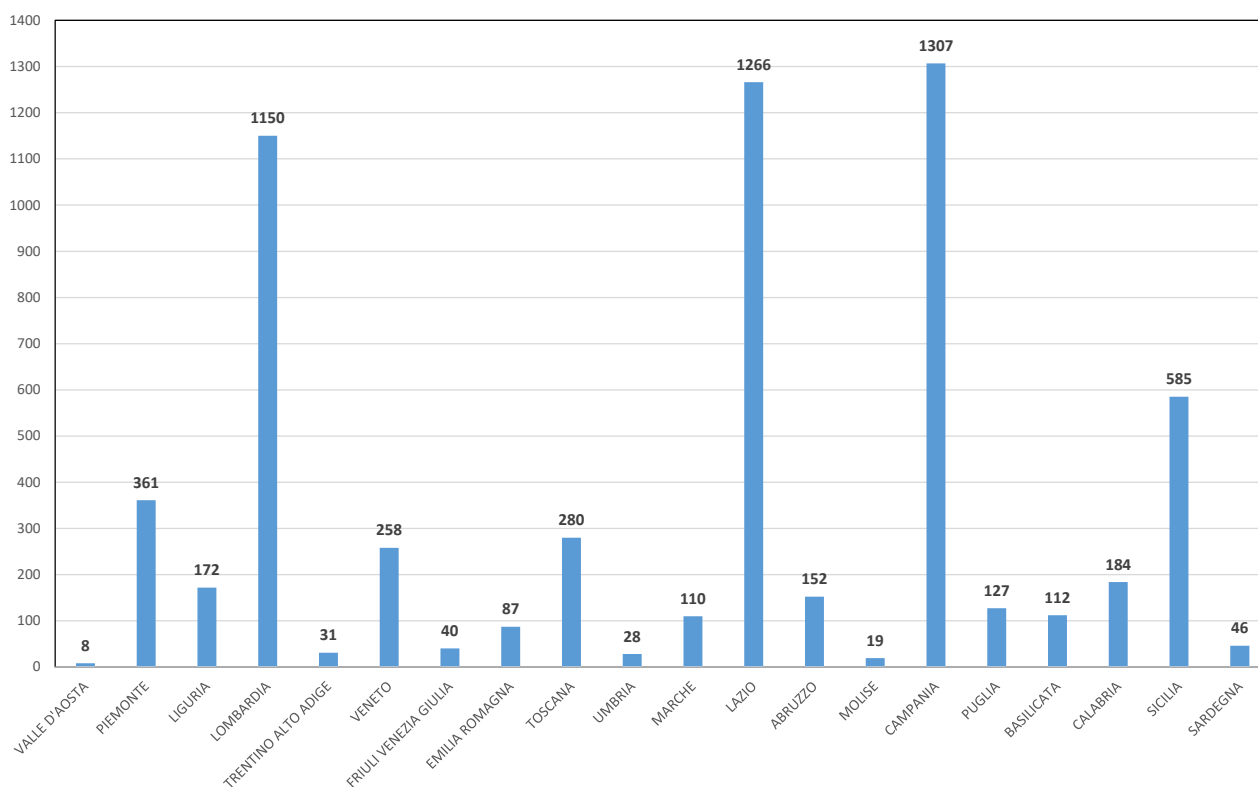
Grazie ai dati esposti nel capitolo precedente è ora possibile procedere all'analisi della distribuzione dei TNPEE sul territorio nazionale rapportandola al fabbisogno della popolazione in età evolutiva.

Si rapportheranno i numeri dei TNPEE alla popolazione generica dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) e non a quella patologica/con bisogni evolutivi speciali basandosi sull'assunto che il TNPEE si attiva sia nei percorsi riabilitativi di soggetti con patologia conclamata che nei percorsi di prevenzione legati a soggetti sani con sviluppo normotipico.

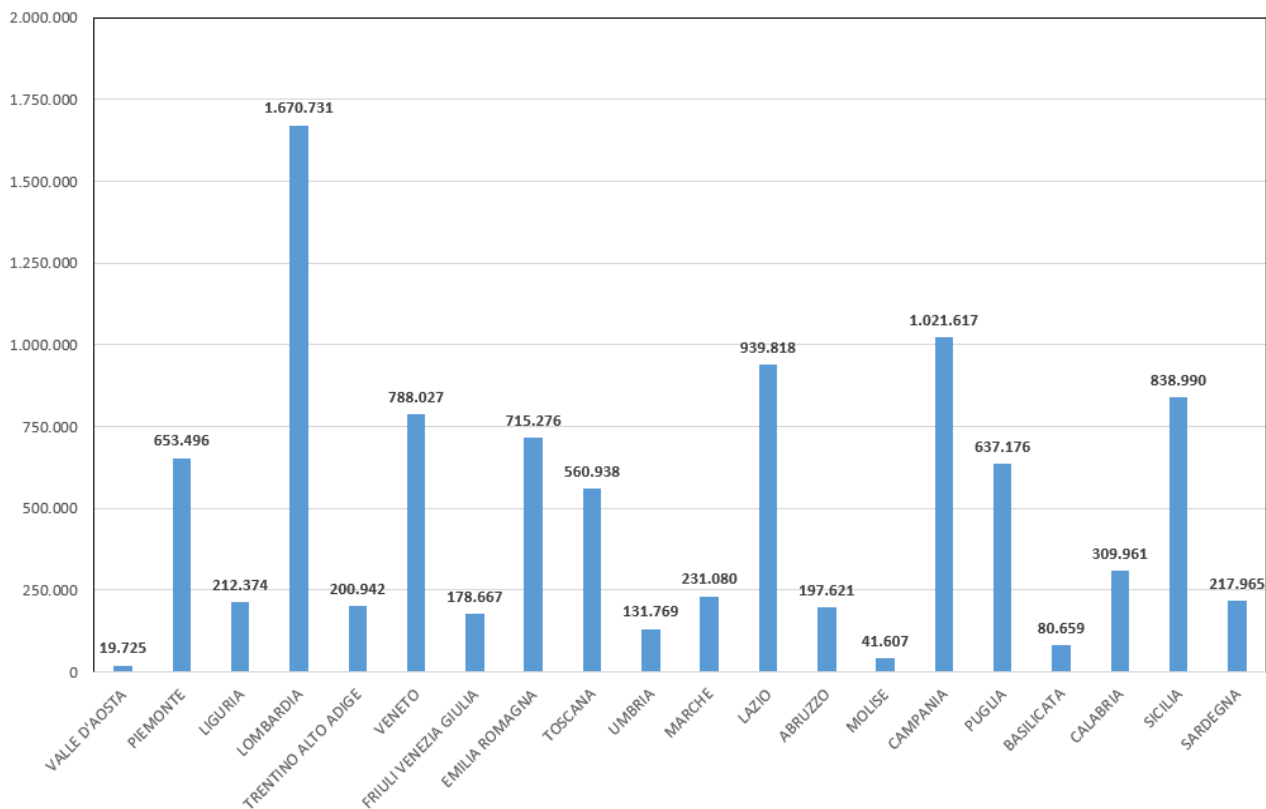
Come si evincerà successivamente dall'analisi del questionario, questo ultimo settore insieme a quello della dirigenza e della ricerca, è ancora poco coperto dai professionisti TNPEE e sarà oggetto della politica professionale dei prossimi anni.

▪ ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE: DISTRIBUZIONE DEI TNPEE IN ITALIA RAPPORATA AL FABBISOGNO DELLA POPOLAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

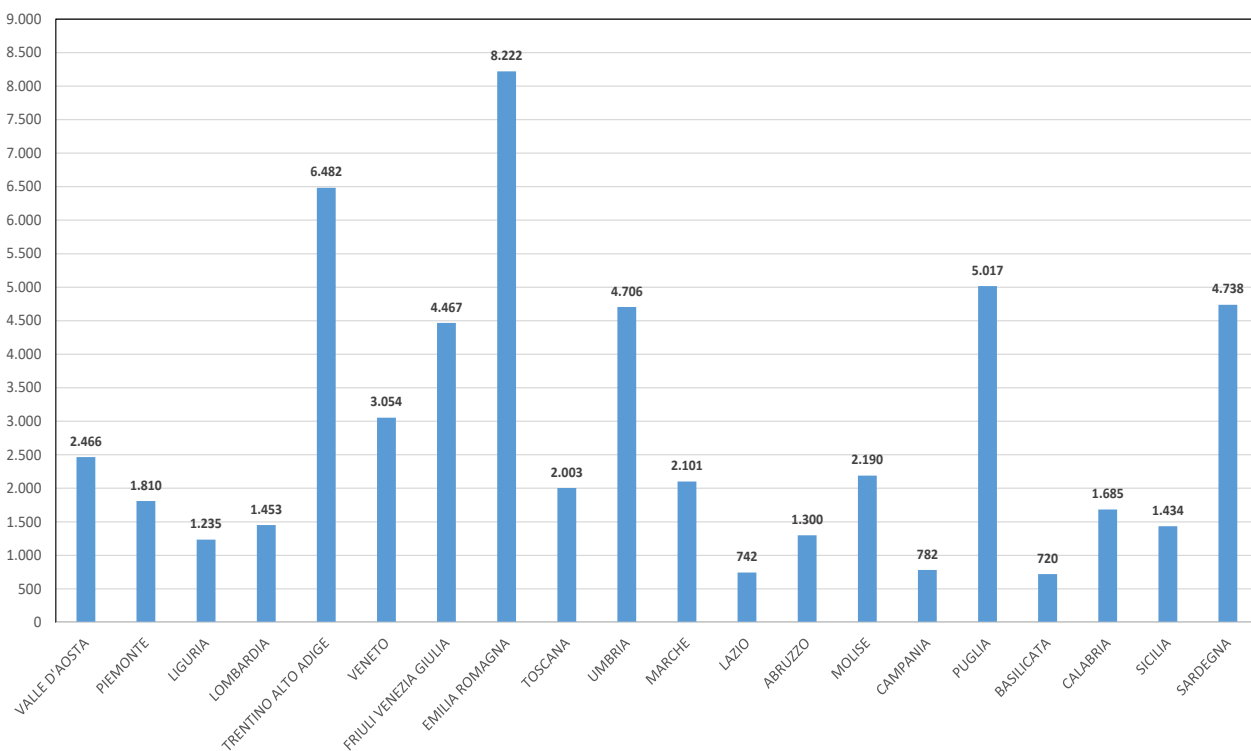
DISTRIBUZIONE TNPEE PER REGIONE



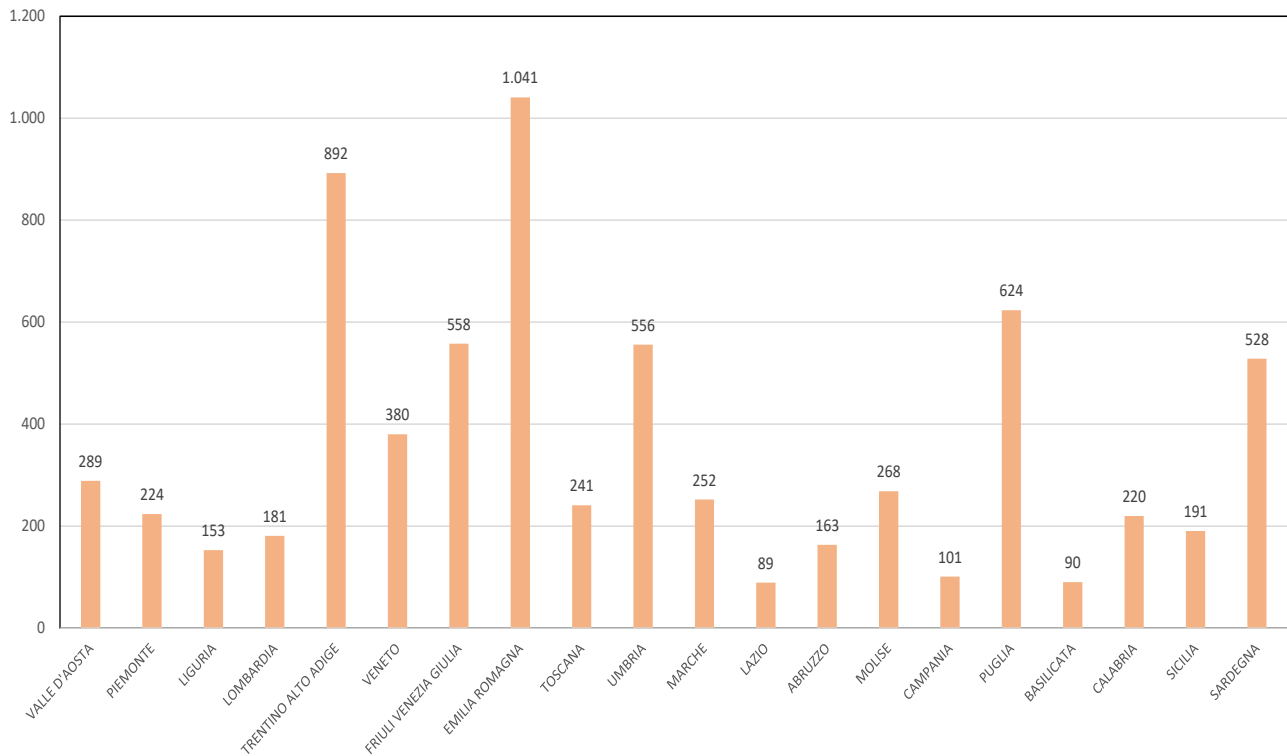
DISTRIBUZIONE SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA 0-18 PER REGIONE



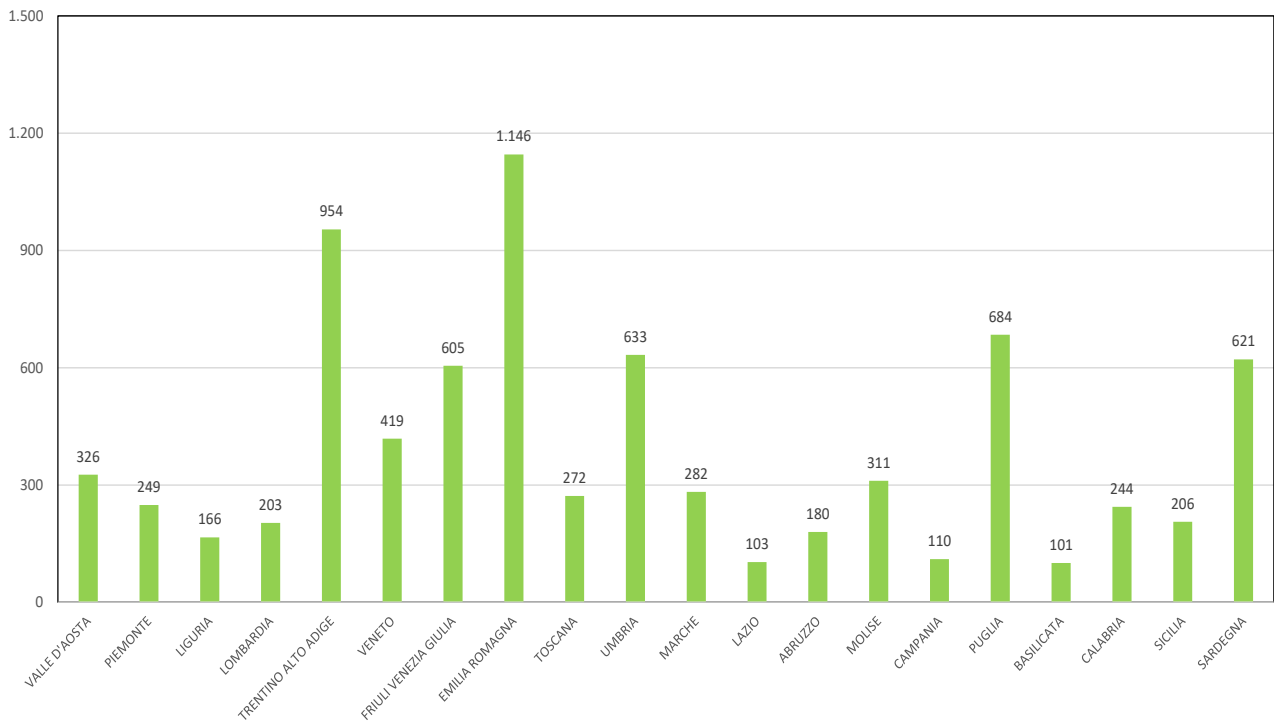
POPOLAZION IN ETA' EVOLUTIVA 0-18 PER SINGOLO TNPEE SUDDIVISA PER REGIONE



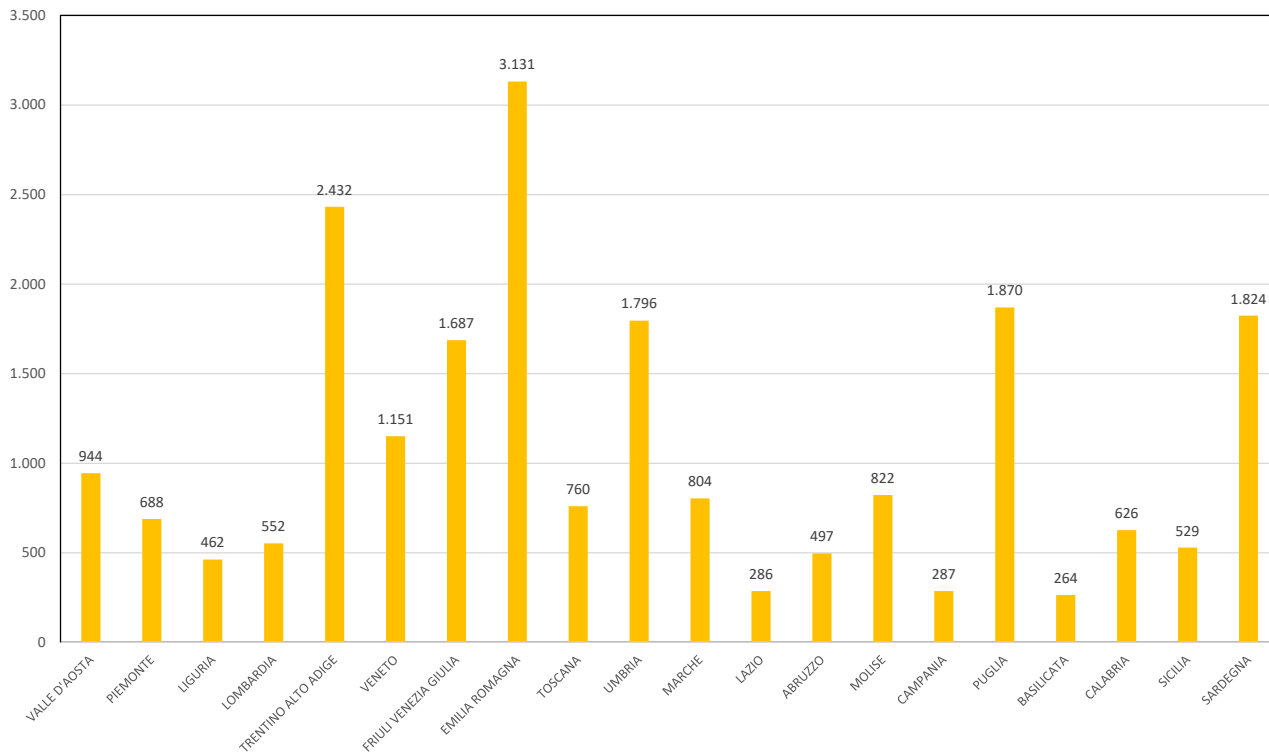
POPOLAZION IN ETA' EVOLUTIVA 0-2 PER SINGOLO TNPEE SUDDIVISA PER REGIONE



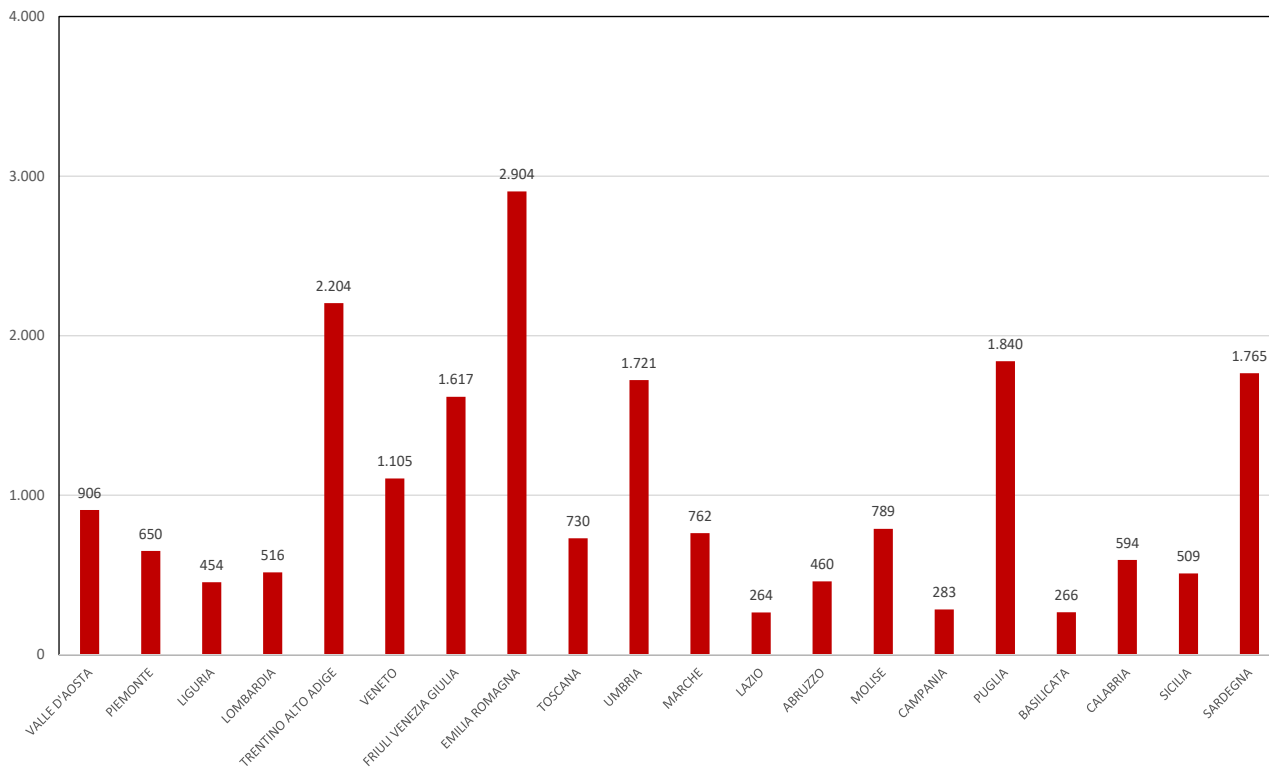
POPOLAZION IN ETA' EVOLUTIVA 3-5 PER SINGOLO TNPEE SUDDIVISA PER REGIONE



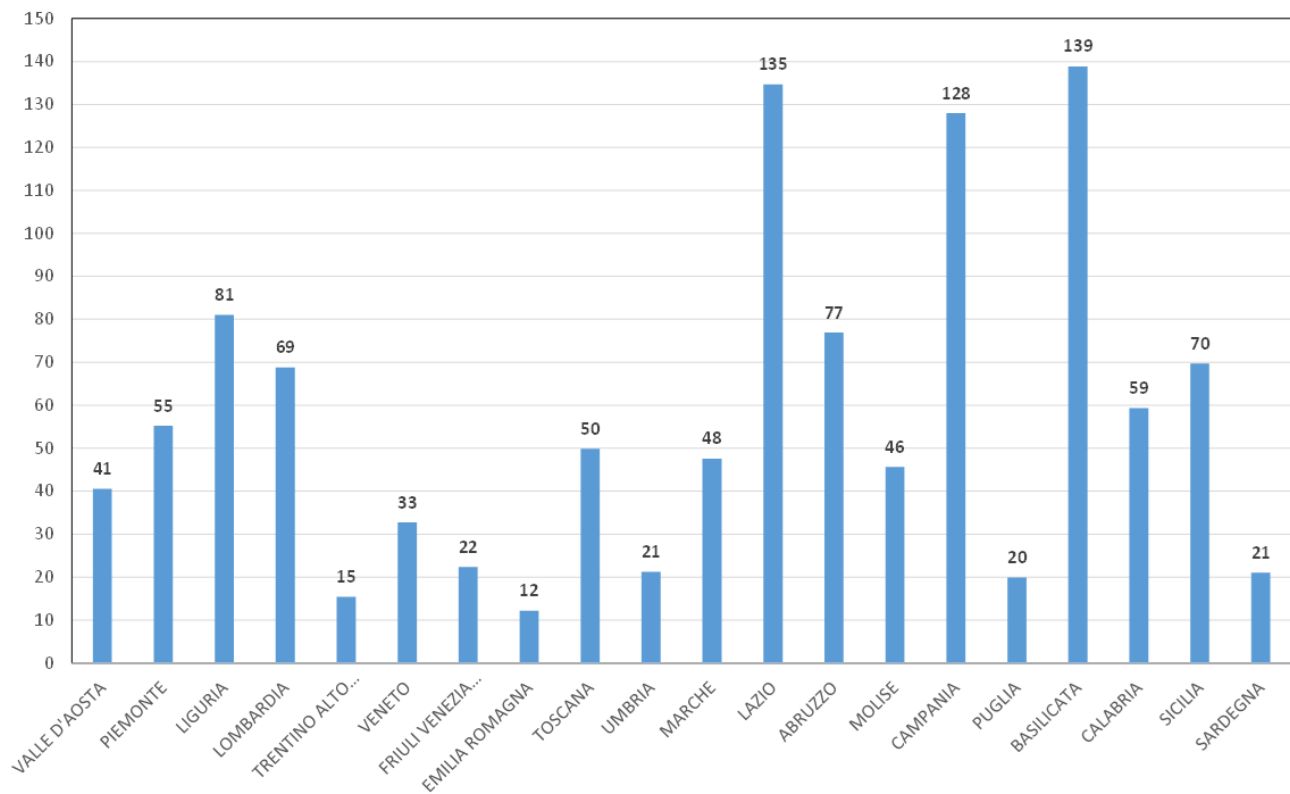
POPOLAZION IN ETA' EVOLUTIVA 6-12 PER SINGOLO TNPEE SUDDIVISA PER REGIONE



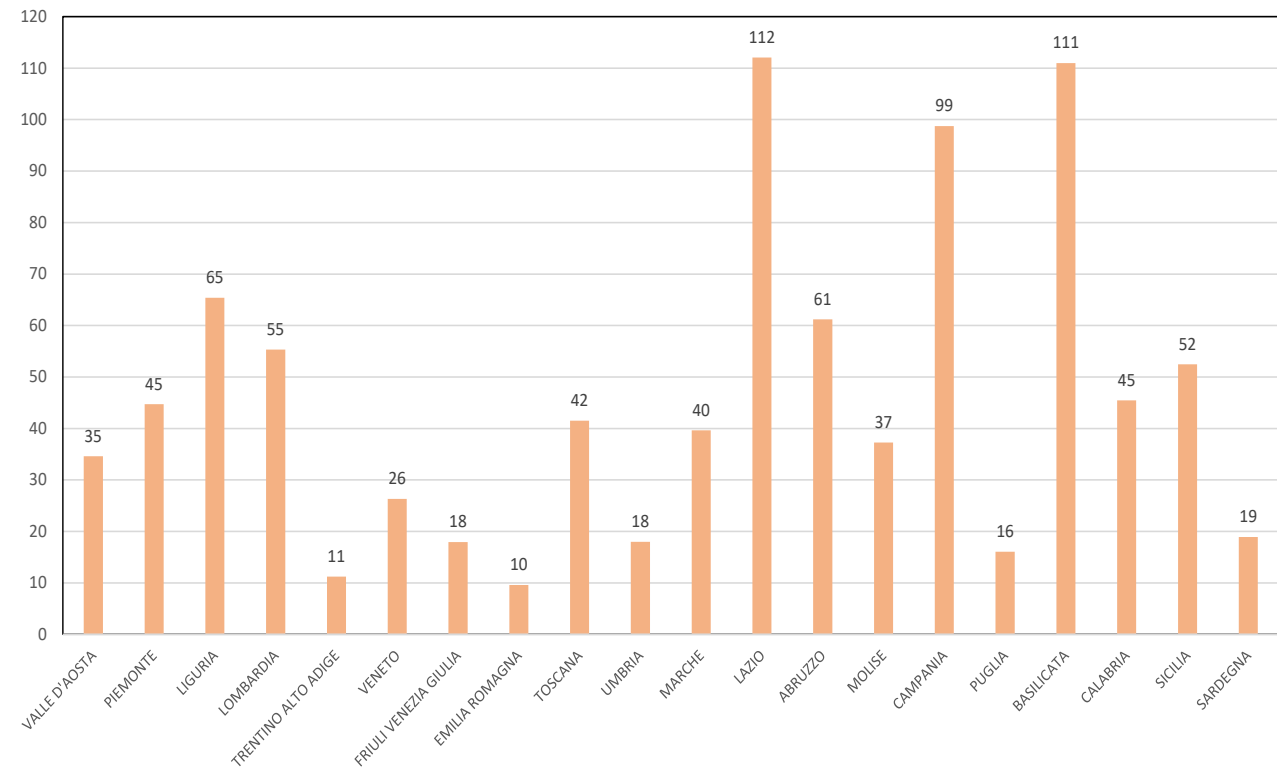
POPOLAZION IN ETA' EVOLUTIVA 13-18 PER SINGOLO TNPEE SUDDIVISA PER REGIONE



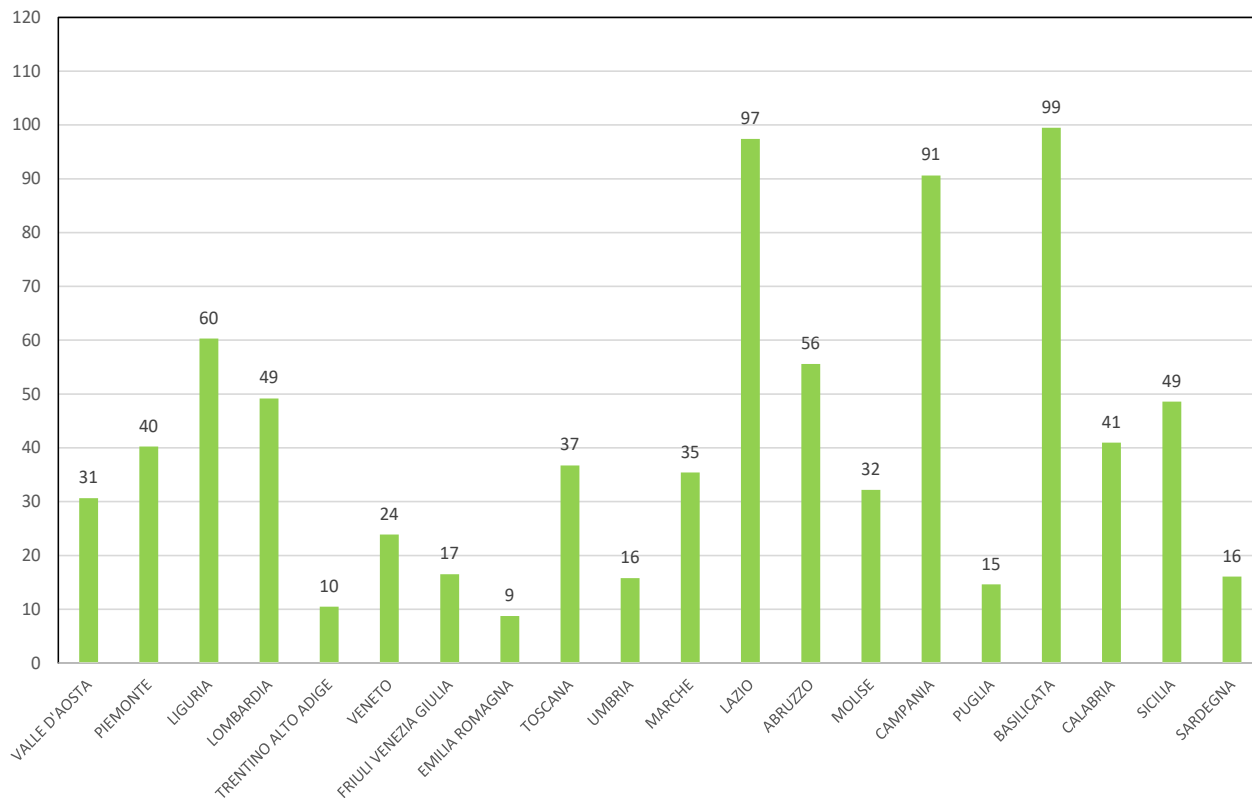
NUMERO TNPEE OGNI 100.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA 0-18



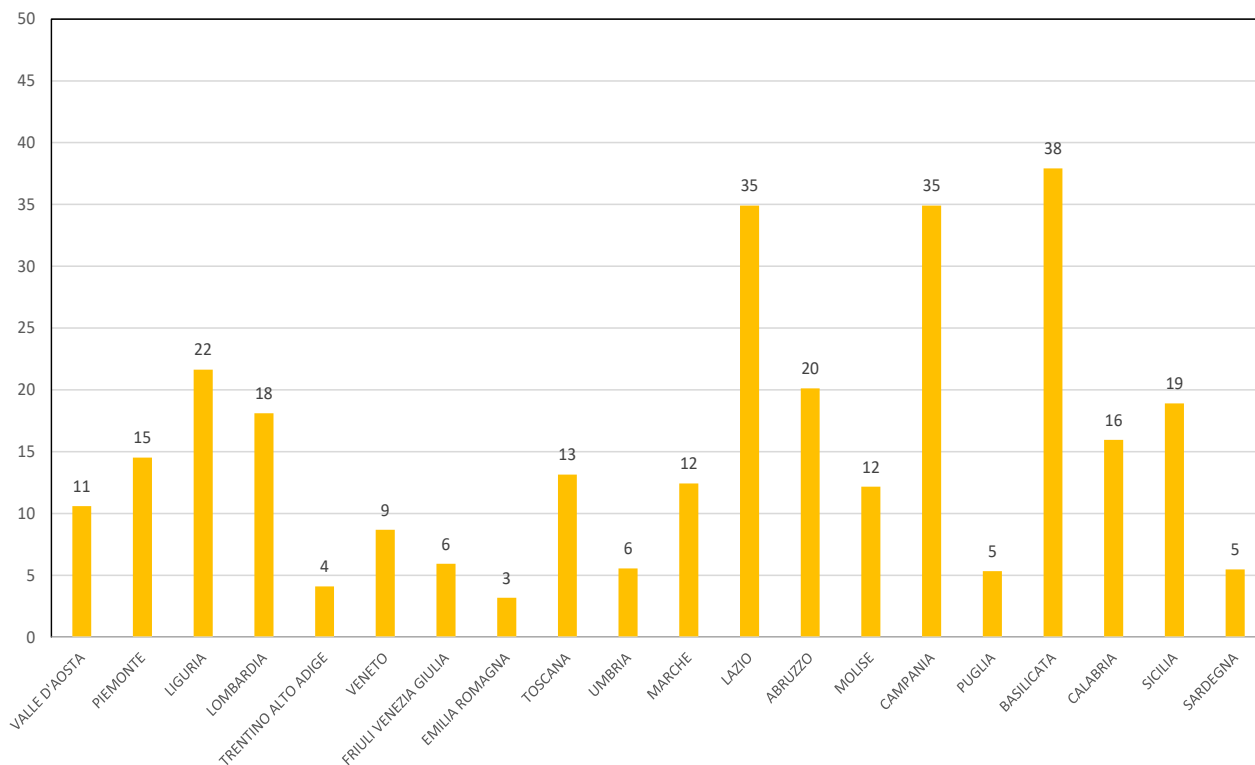
NUMERO TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA FASCIA 0-2 ANNI



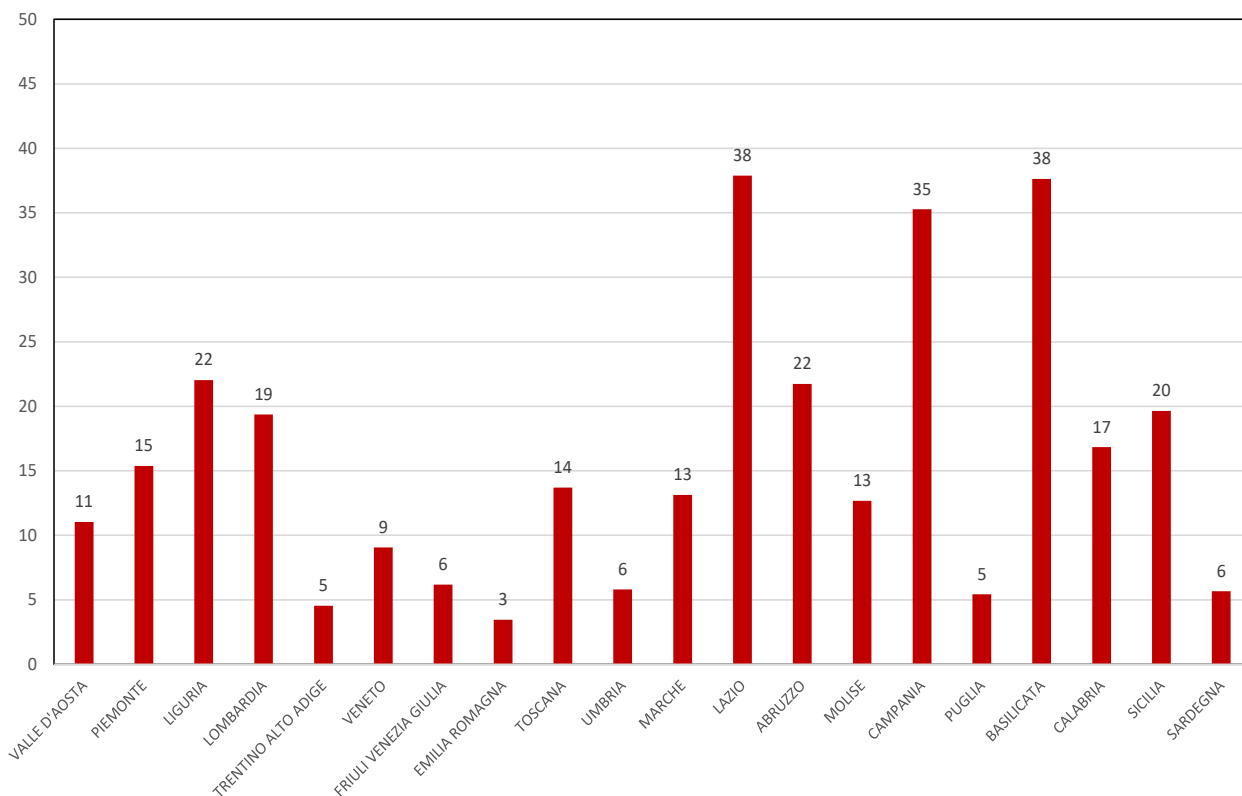
NUMERO TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA FASCIA 3-5 ANNI



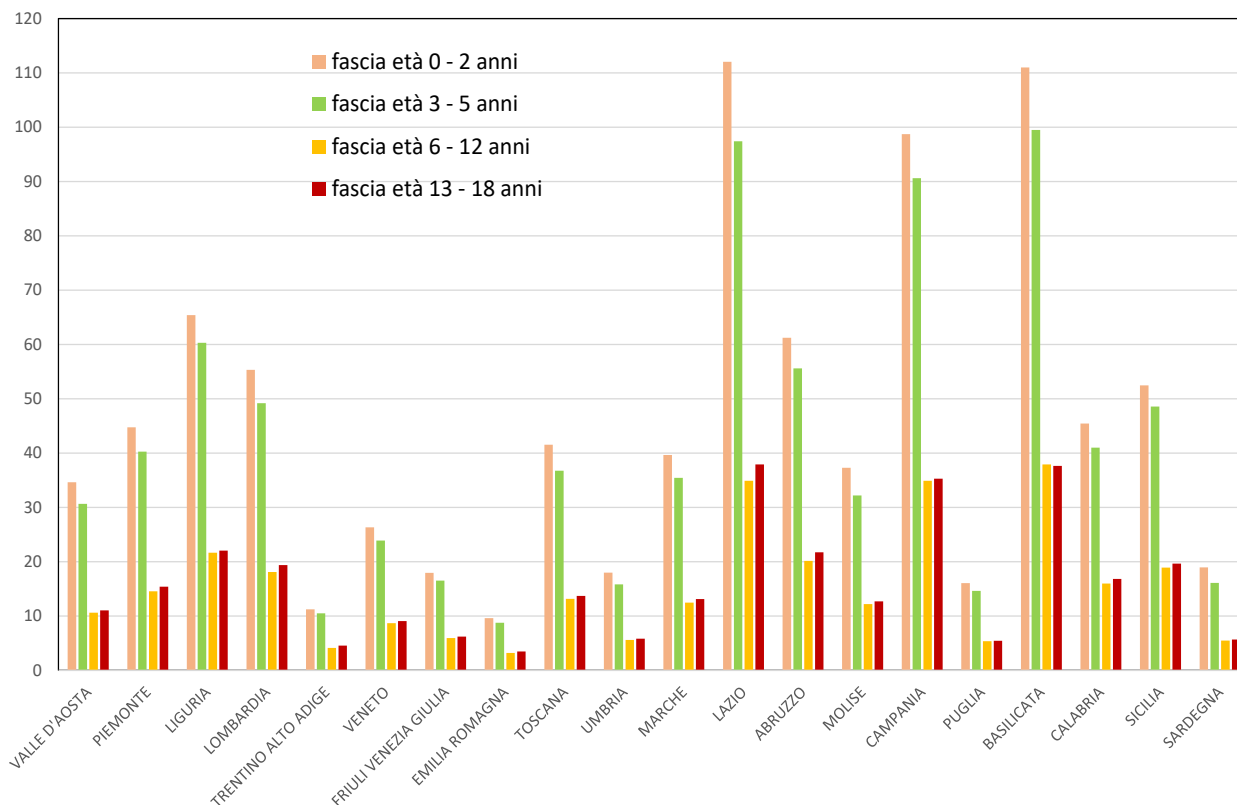
NUMERO TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA FASCIA 6-12 ANNI



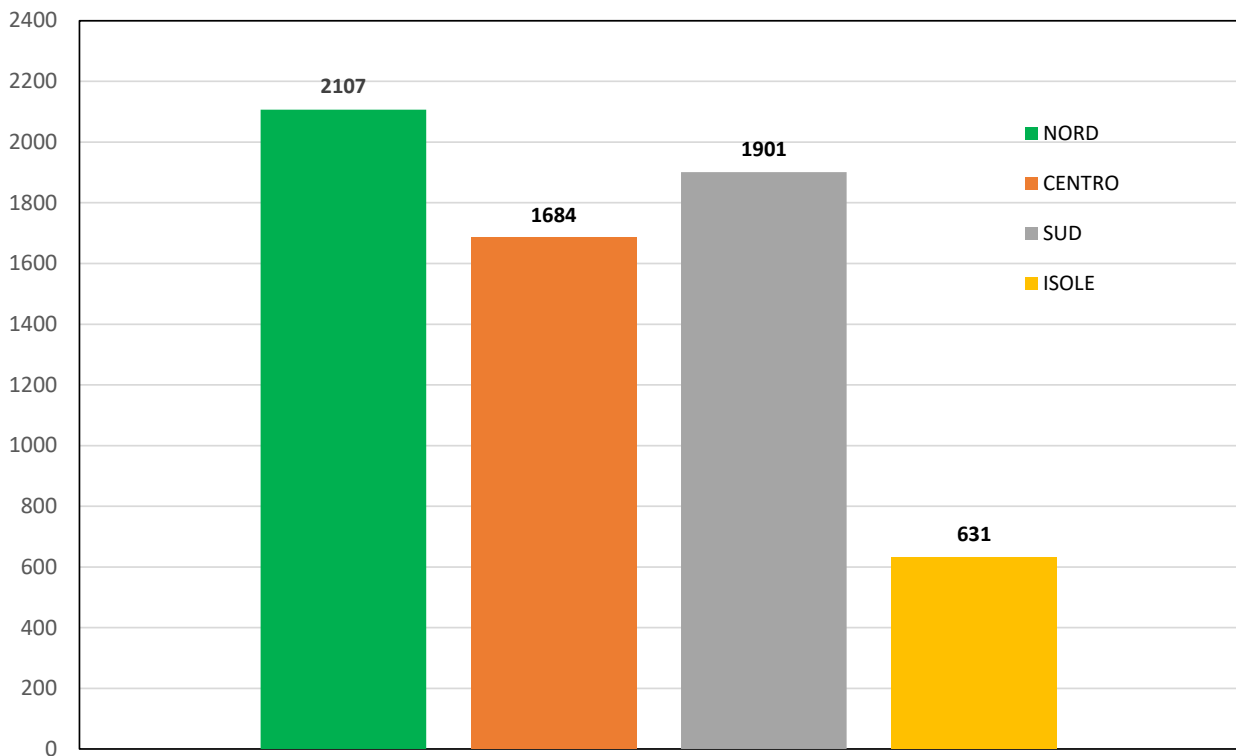
NUMERO TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA FASCIA 13-18 ANNI



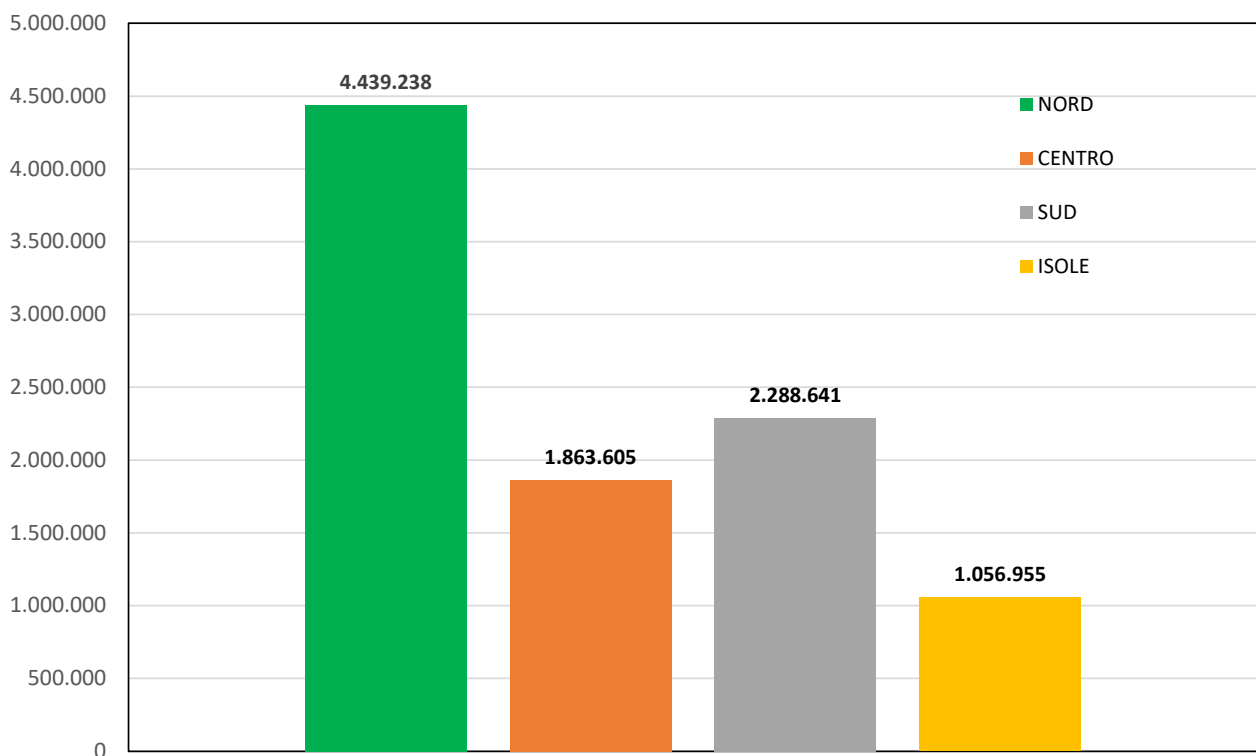
CONFRONTO NUMERO TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA IN BASE ALLE FASCE D'ETA'



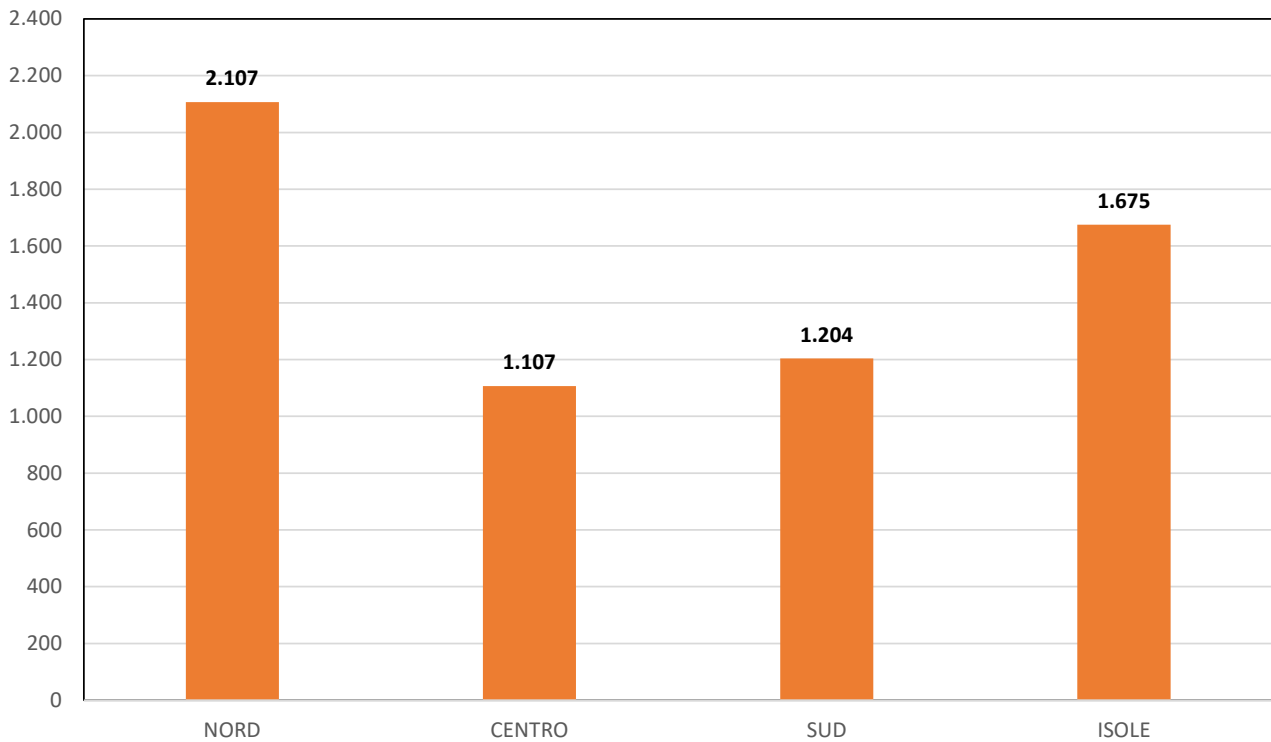
DISTRIBUZIONE DEI TNPEE PER MACROZONE NORD, CENTRO SUD, ISOLE



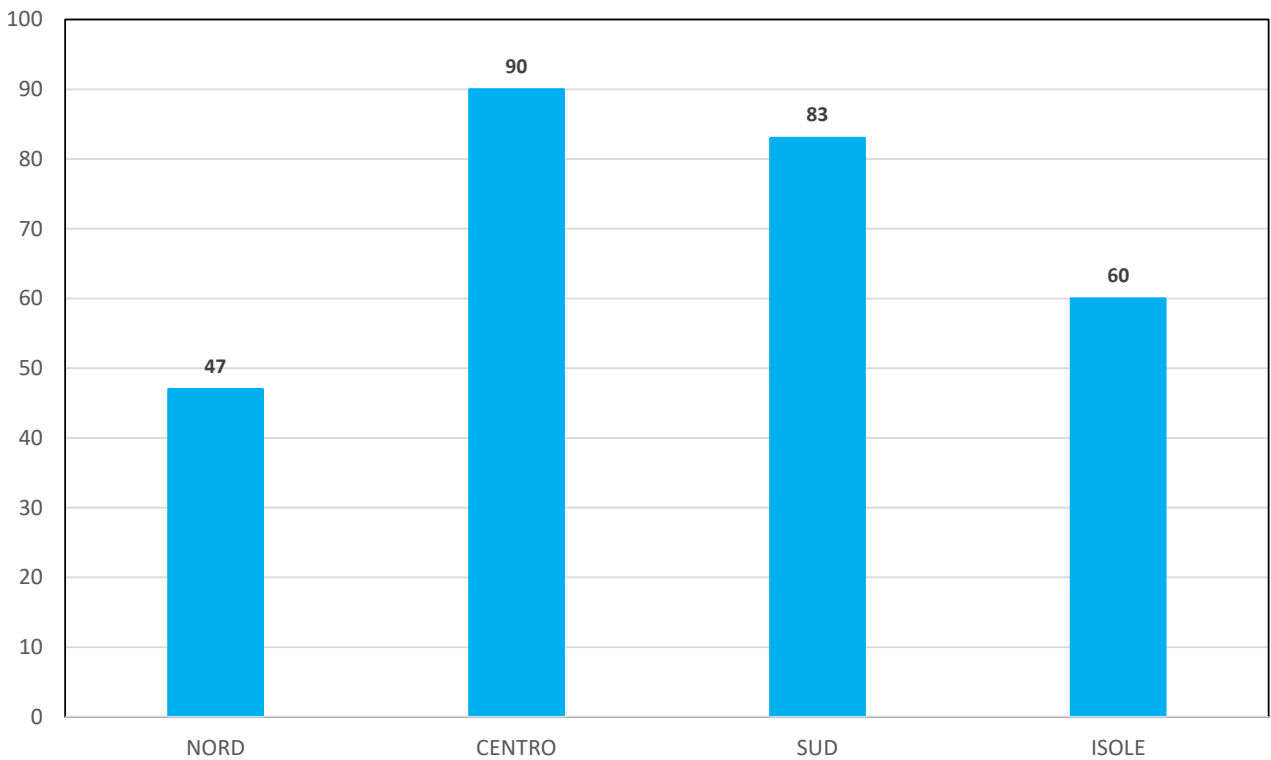
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA 0-18 ANNI DIVISA PER MACROZONE NORD, CENTRO SUD, ISOLE



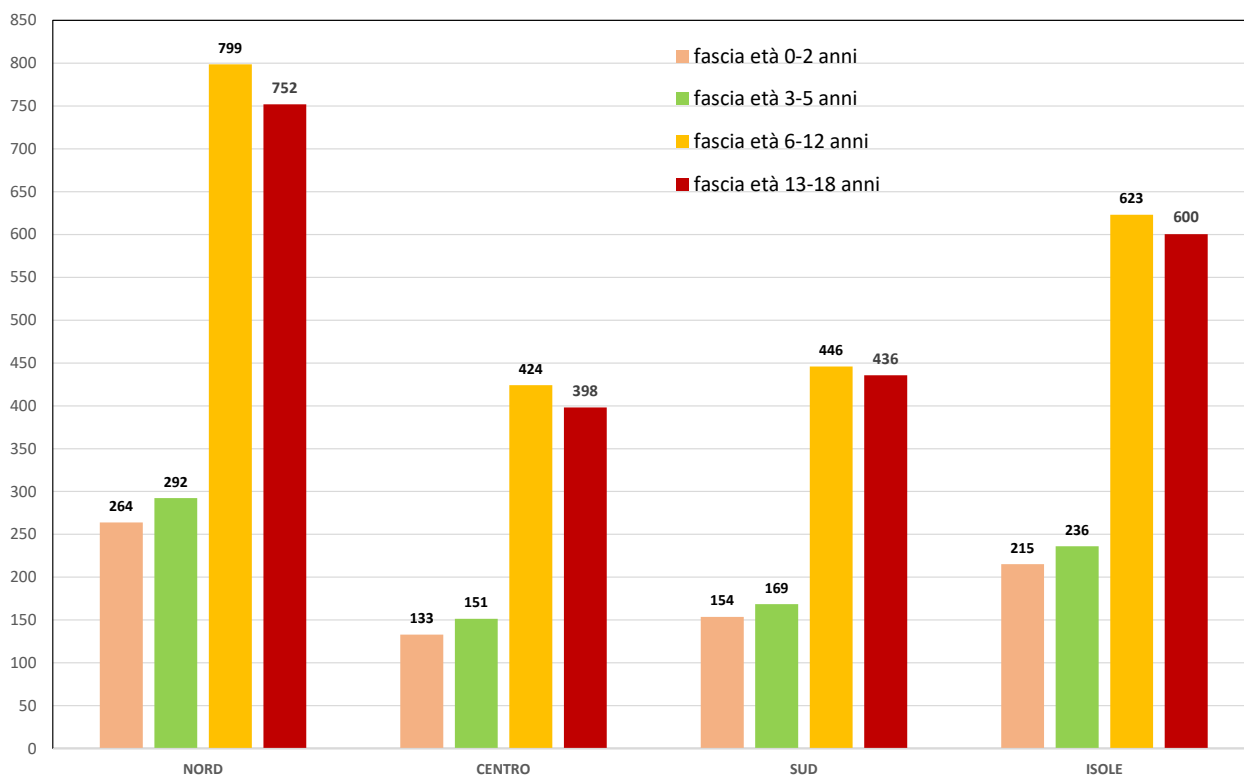
POPOLAZION IN ETA' EVOLUTIVA 0-18 PER SINGOLO TNPEE SUDDIVISA PER MACROZONE NORD, CENTRO SUD, ISOLE



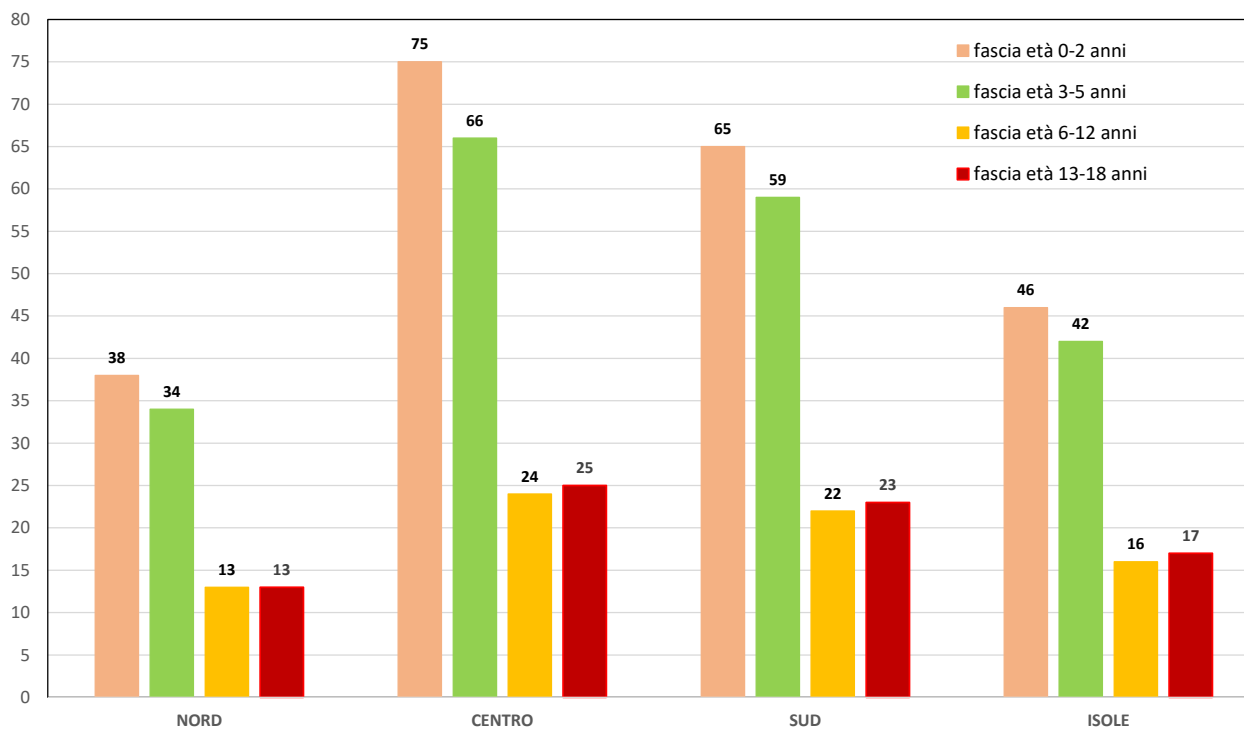
NUMERO DI TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA 0-18 ANNI DIVISO PER MACROZONE NORD, CENTRO SUD, ISOLE



CONFRONTO PER MACROZONA NORD, CENTRO SUD, ISOLE DEL NUMERO SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA PER SINGOLO TNPEE IN BASE ALLE FASCE D'ETA'



CONFRONTO PER MACROZONA NORD, CENTRO, SUD, ISOLE DEL NUMERO DI TNPEE OGNI 10.000 SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA IN BASE ALLE FASCE D'ETA'



Tali dati vanno letti e considerati in rapporto alle caratteristiche dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza che rappresentano un ambito pediatrico di particolare rilevanza per la salute pubblica in quanto estremamente frequenti, spesso cronici, complessi, in aumento, con un sempre più rilevante "Global Burden of Disease" e rappresentano la prima causa di "Years Lived with Disability".

Richiedono interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi tempestivi e appropriati per modificare il decorso, che devono includere competenze specialistiche mirate e in linea con evidenze scientifiche in continuo cambiamento.

Nell'età evolutiva una diagnosi precoce ed un altrettanto precoce e tempestivo intervento può cambiare, in molti casi, la storia naturale della malattia e prevenire le numerose sequele, evitando un decorso ingravescente ed invalidante, diminuendo così in modo rilevante i costi emotivi, sociali ed economici sull'individuo, sulla famiglia e sulla società.

Ciò è ben evidenziato anche dalle *"Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza"* elaborate dal Tavolo di lavoro sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza istituito presso il Ministero della salute con decreto del Ministro della salute 23 novembre 2016 e approvate con Intesa in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019.

Sul piano scientifico e culturale, il documento inquadra chiaramente l'ampio gruppo di disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza che complessivamente colpisce fino al 20% della popolazione minorenni ed include sia i disturbi neurologici (conseguenti a malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso, con sequele spesso gravemente invalidanti) sia i disturbi di sviluppo (disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico, disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, disturbo da deficit di attenzione con iperattività, ecc.) sia i disturbi psichiatrici (psicosi, disturbi affettivi, disturbi della condotta, disturbi del comportamento alimentare e molti altri), per la maggior parte determinati da un complesso intreccio tra predisposizione genetica, vulnerabilità neurobiologica e variabili ambientali.

Il documento considera la gestione di questi disturbi in modo unitario e approfondisce l'importanza di tenere conto della frequente compresenza di più disturbi nello stesso soggetto. Sottolinea, inoltre, quali debbano essere gli elementi qualificanti dei percorsi di cura, ovvero tempestività, appropriatezza e specificità per età e per disturbo, condivisione e personalizzazione, globalità e integrazione, multiprofessionalità e multidimensionalità, continuità longitudinale e trasversale, centralità della persona e della famiglia.

Sul piano organizzativo, mette a disposizione per la prima volta dati di accesso, e una fotografia, ancorché parziale, dello stato dei servizi e della disomogeneità interregionale con l'evidenziazione delle aree di maggiore carenza nelle risposte ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, indispensabili per poter definire l'effettiva programmazione delle risposte, che ricade poi nelle specifiche competenze regionali.

In riferimento a quanto appena descritto risulta sempre più centrale e determinante la figura del TNPEE in relazione alle competenze professionali ampiamente descritte nel capitolo 3.

▪ **ANALISI DEL QUESTIONARIO**

La popolazione dei TNPEE italiani conteggiata tramite i dati dell'Ordine così come esplicitato nei "Materiali e metodi" è di 6323 soggetti.

Il campione dei TNPEE italiani formato tramite il questionario è composto da 634 soggetti.

Il presente studio, pertanto, ha raggiunto il 9.97% della popolazione di riferimento.

Dalla Tabella F si osservano i valori % della distribuzione divisa per zone.

Tabella F

	Campione	Popolazione di riferimento
ZONE	N. iscrizioni ordine	N. iscrizioni ordine
NORD	247	2107
CENTRO	221	1684
SUD	125	1901
ISOLE	41	631
TOTALE	634	6323

	Campione	Popolazione di riferimento
ZONE	% iscrizioni ordine	% iscrizioni ordine
NORD	39,0%	33,3%
CENTRO	34,9%	26,6%
SUD	19,7%	30,1%
ISOLE	6,5%	10,0%
TOTALE	100,0%	100,0%

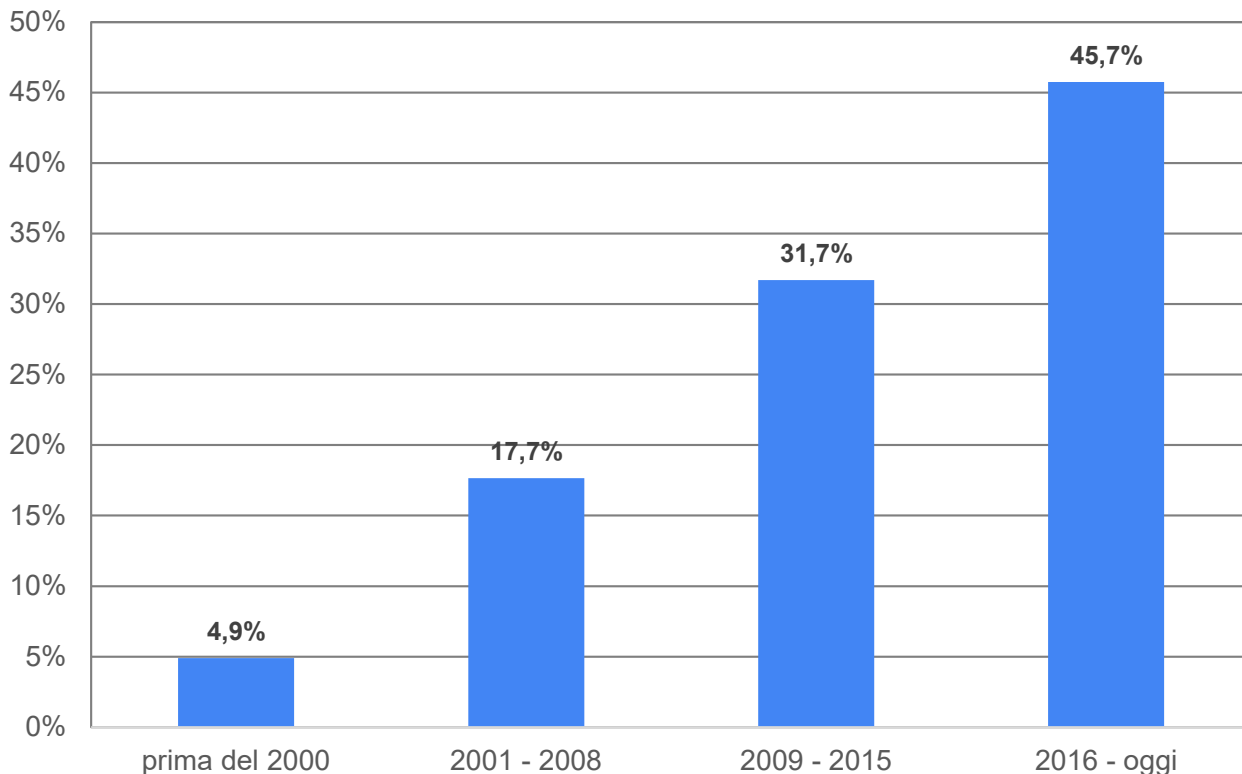
▪ **ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE: DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE**

Le caratteristiche del campione che sono state analizzate sono le seguenti: anno di conseguimento titolo di laurea; ingresso nel mondo lavorativo; regioni in cui si è conseguito il titolo; tipologia di occupazione; possesso di ulteriori titoli; iscrizione a un'associazione scientifica di categoria; avvenuta partecipazione a concorso/avviso pubblico; tipologia di struttura in cui si esercita; monte orario settimanale di lavoro; pratica del lavoro in equipe multidisciplinare; età dell'utenza alla quale si erogano maggiori prestazioni.

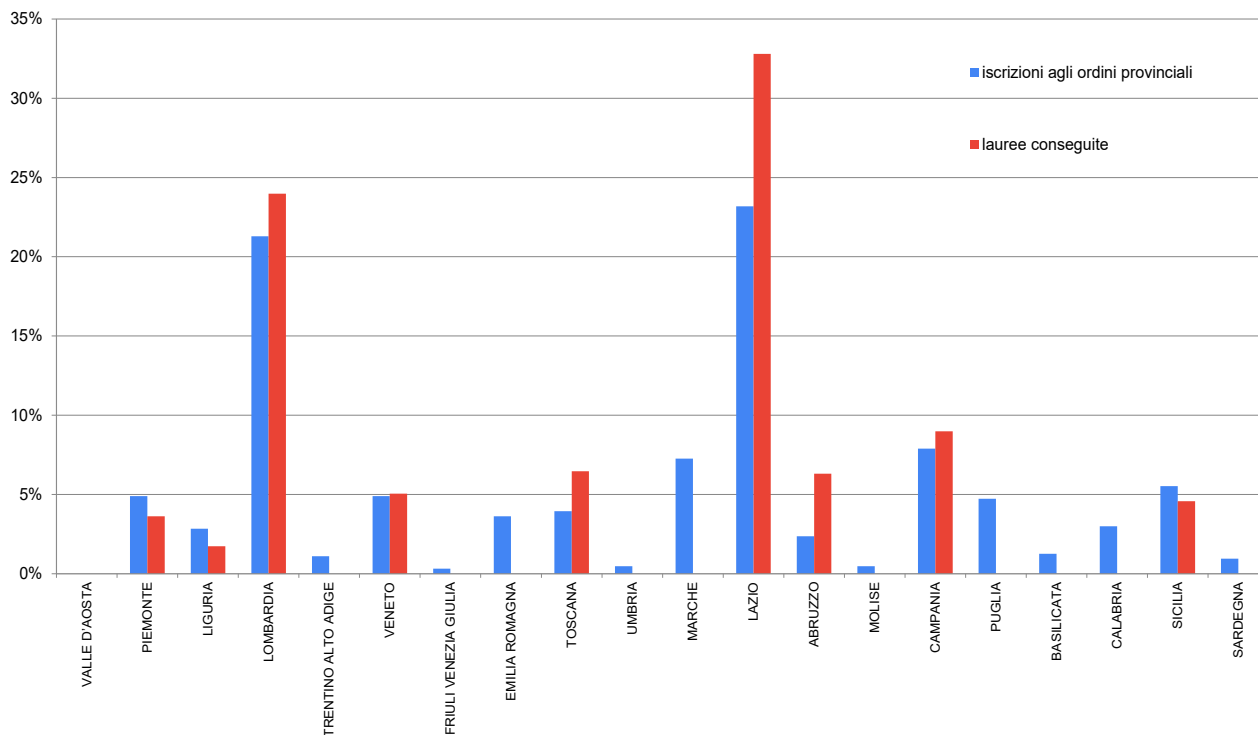
Laddove le risposte sono risultate particolarmente diversificate tra professionisti dipendenti e liberi professionisti si è provveduto a differenziare l'elaborazione dei dati.

ANNO DI LAUREA

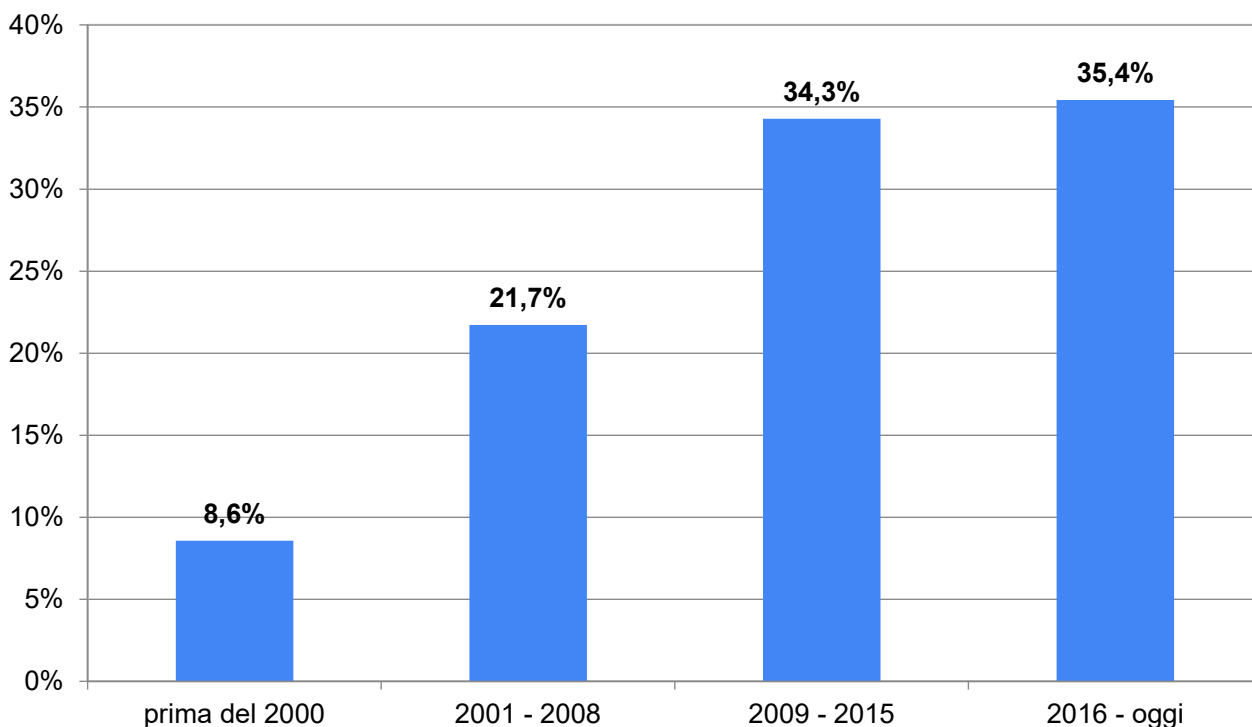
Distribuzione totale risposte (634 risposte da questionario)



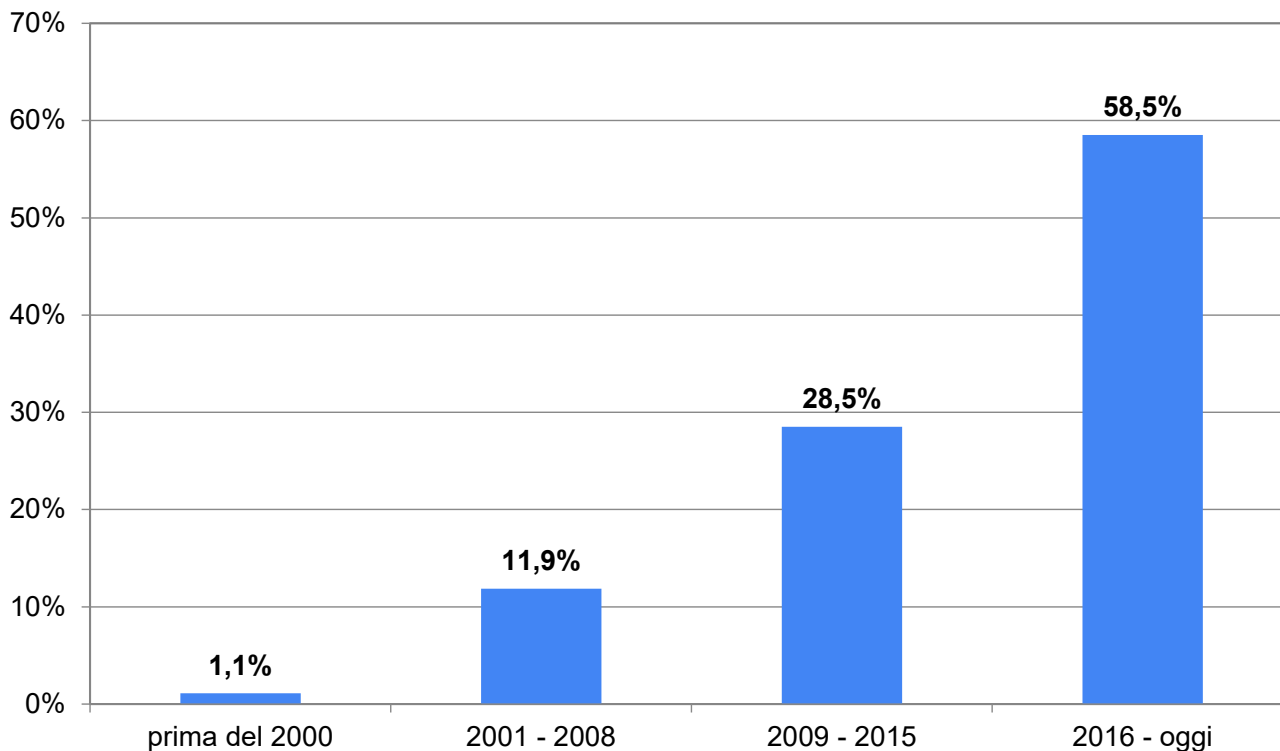
DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLE LAUREE E DELLE ISCRIZIONI ALL'ORDINE



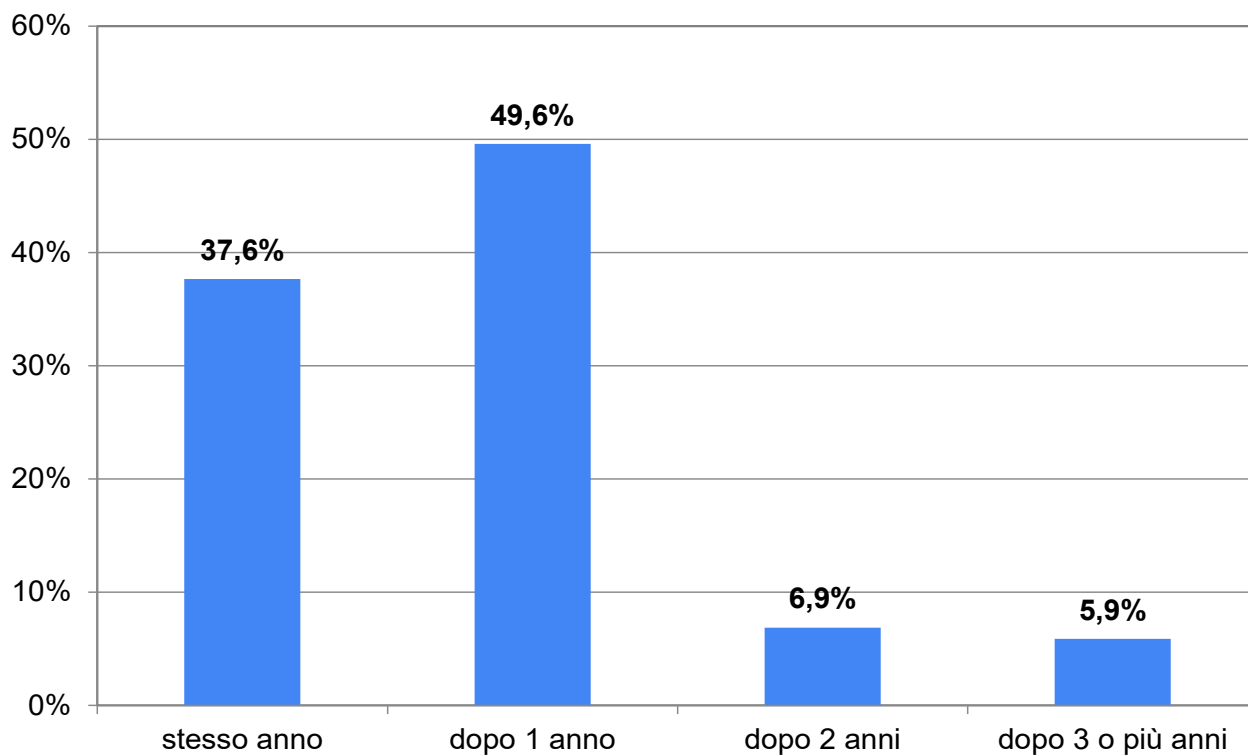
ANNO DI LAUREA LAVORATORI DIPENDENTI



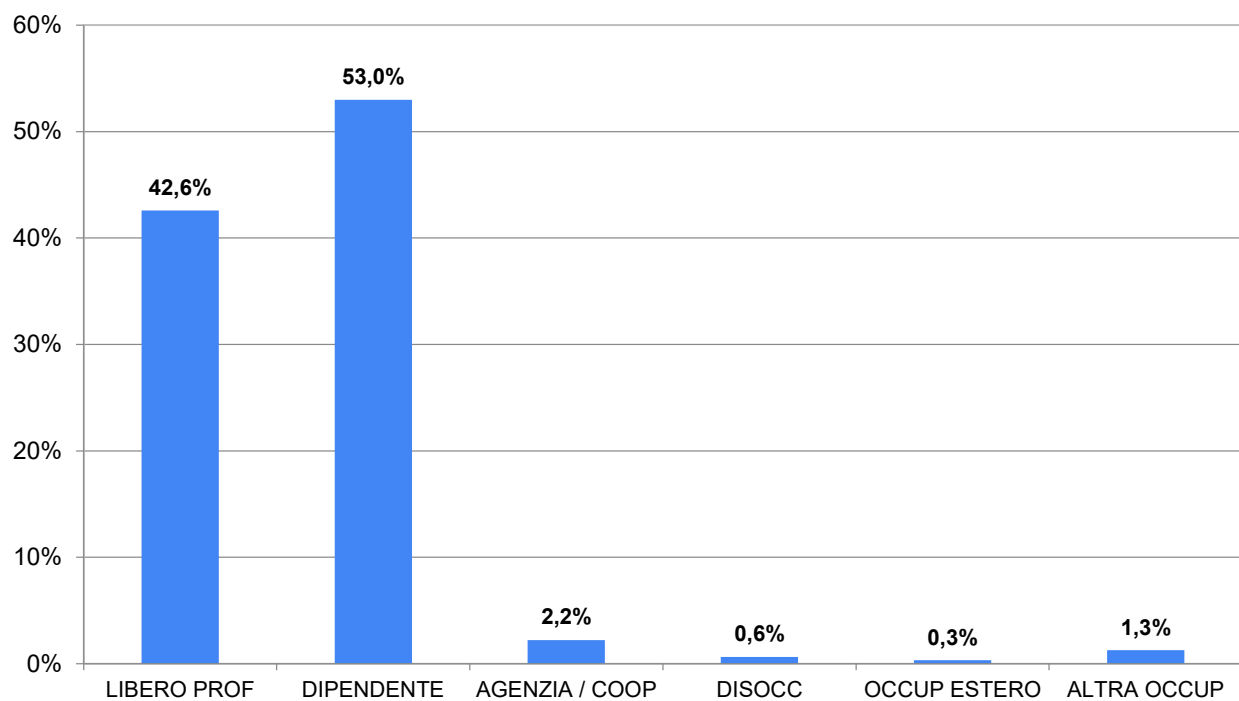
ANNO DI LAUREA LIBERI PROFESSIONISTI



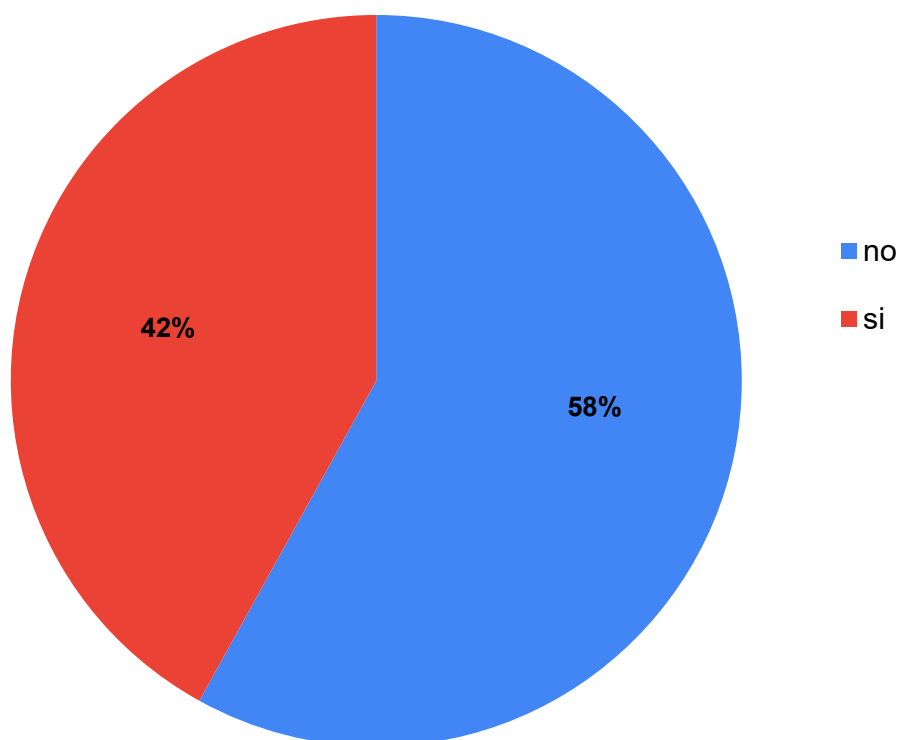
TEMPI DI INGRESSO AL MONDO DEL LAVORO POST-LAUREA



STATO OCCUPAZIONALE



POSSESSO DI ALTRO TITOLO DI STUDIO



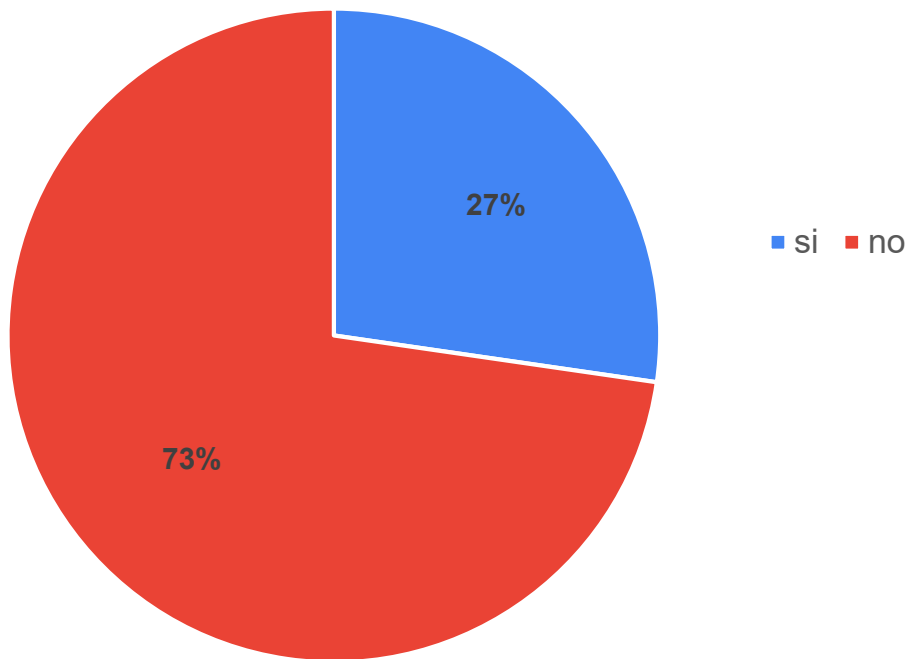
*Valori omogenei tra dipendenti e liberi professionisti

TIPOLOGIA DI ULTERIORI TITOLI DI STUDIO

TOTALE	num	perc
Laurea Magistrale	109	41,0%
Altra laurea	38	14,3%
Master	74	27,8%
Corso di specializzazione	16	6,0%
Master e Corso di specializzazione	11	4,1%
Altro	18	6,8%

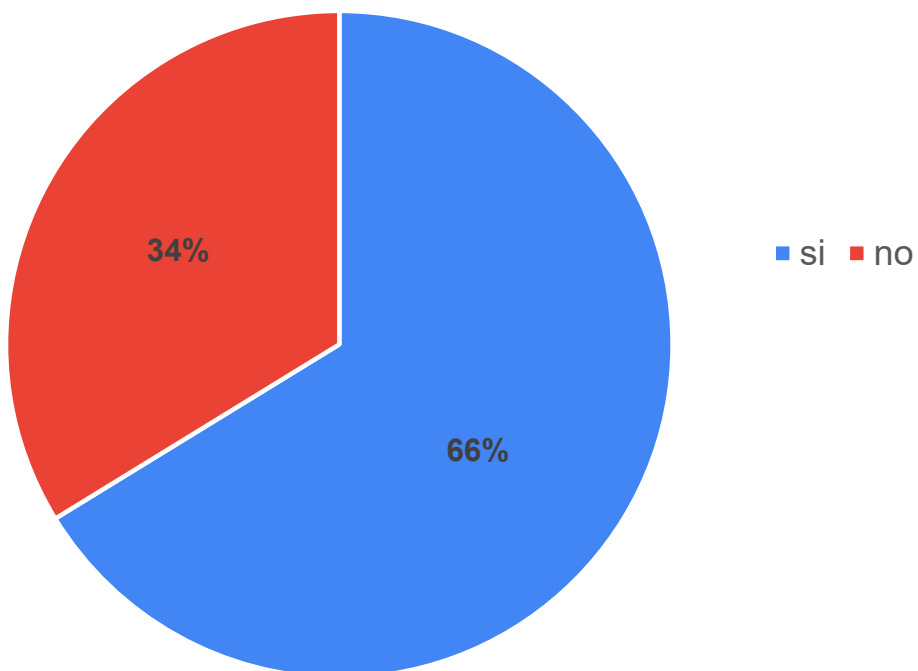
	TOTALE	DIPENDENTI	LIBERI PROF
Laurea Magistrale	41,0%	43,6%	36,9%
Altra laurea	14,3%	10,1%	20,7%
Master	27,8%	32,2%	21,6%
Corso di specializzazione	6,0%	3,4%	9,9%
Master e Corso di specializzazione	4,1%	5,4%	2,7%
Altro	6,8%	5,4%	8,1%

ISCRIZIONE A UN'ASSOCIAZIONE TECNICO-SCIENTIFICA DI CATEGORIA

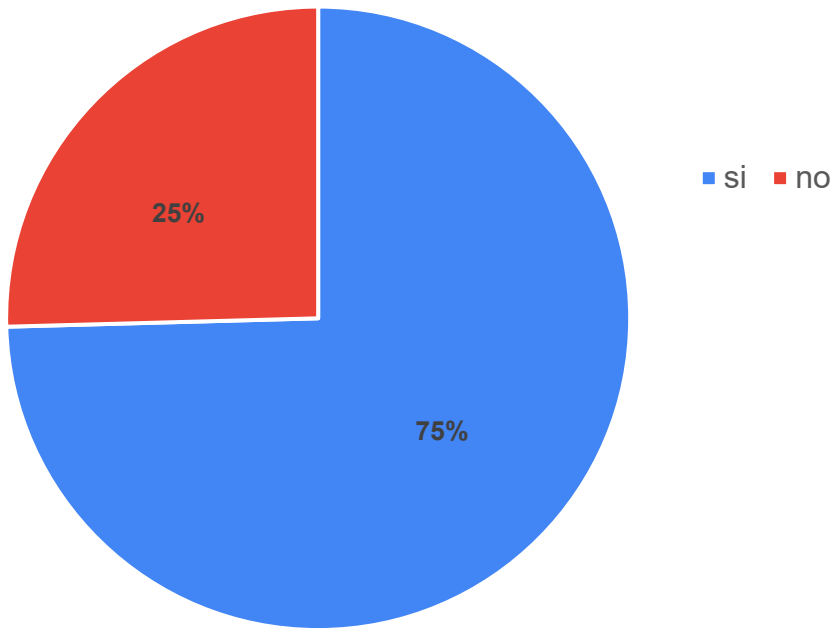


*Valori omogenei tra dipendenti e liberi professionisti

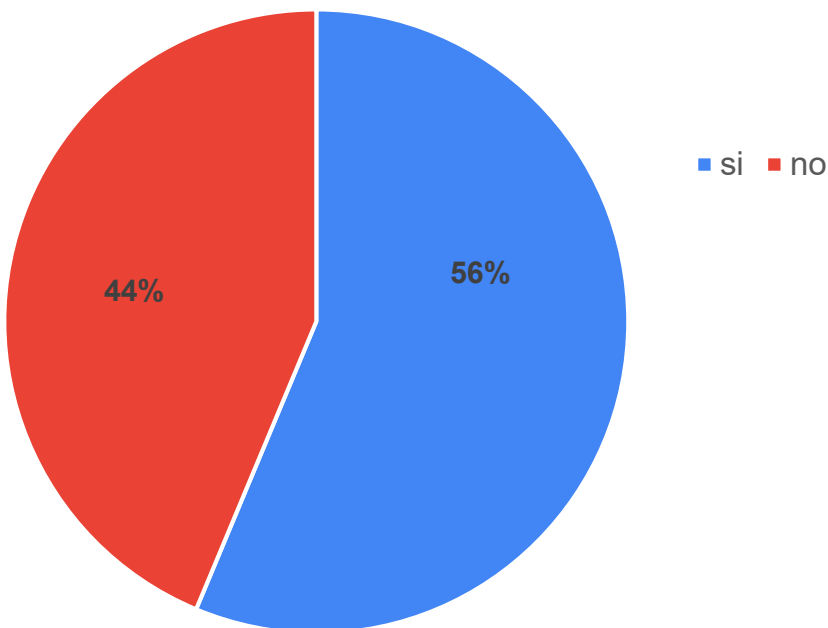
PARTECIPAZIONE A UN CONCORSO O AVVISO PUBBLICO



PARTECIPAZIONE A UN CONCORSO O AVVISO PUBBLICO LAVORATORI DIPENDENTI



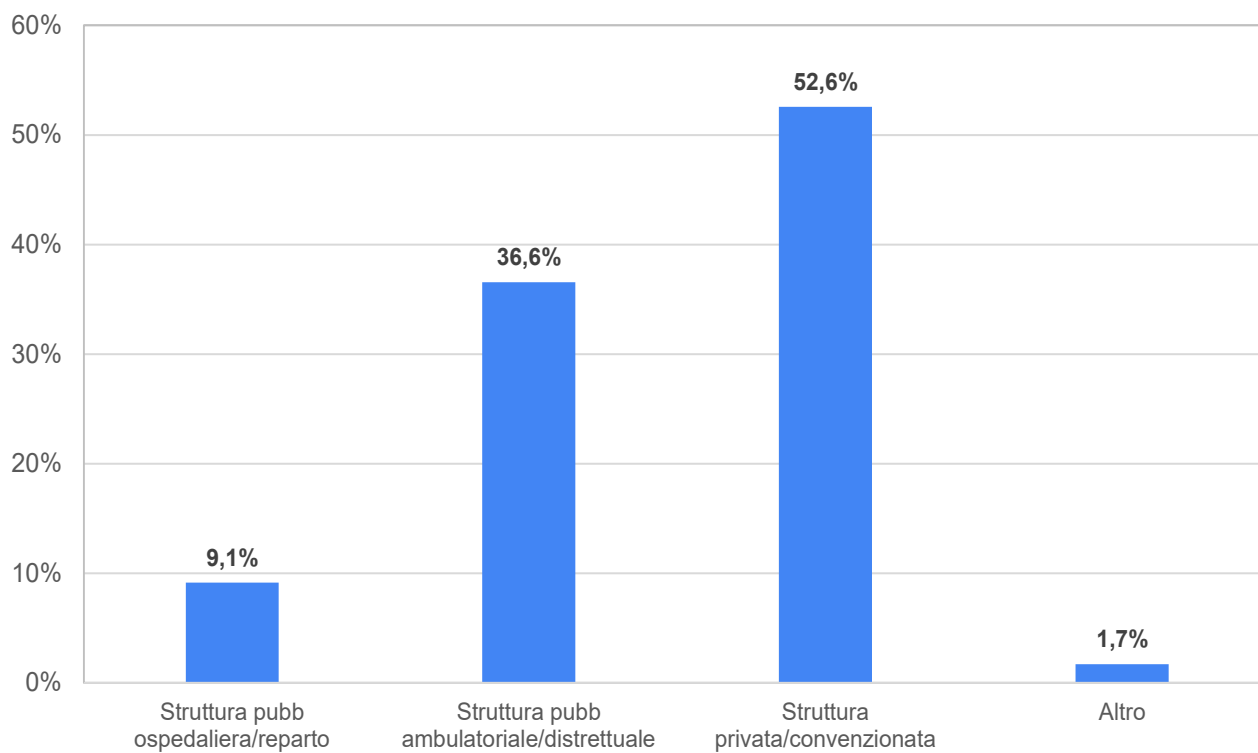
PARTECIPAZIONE A UN CONCORSO O AVVISO PUBBLICO LIBERI PROFESSIONISTI



TIPOLOGIA DI STRUTTURA LAVORATIVA

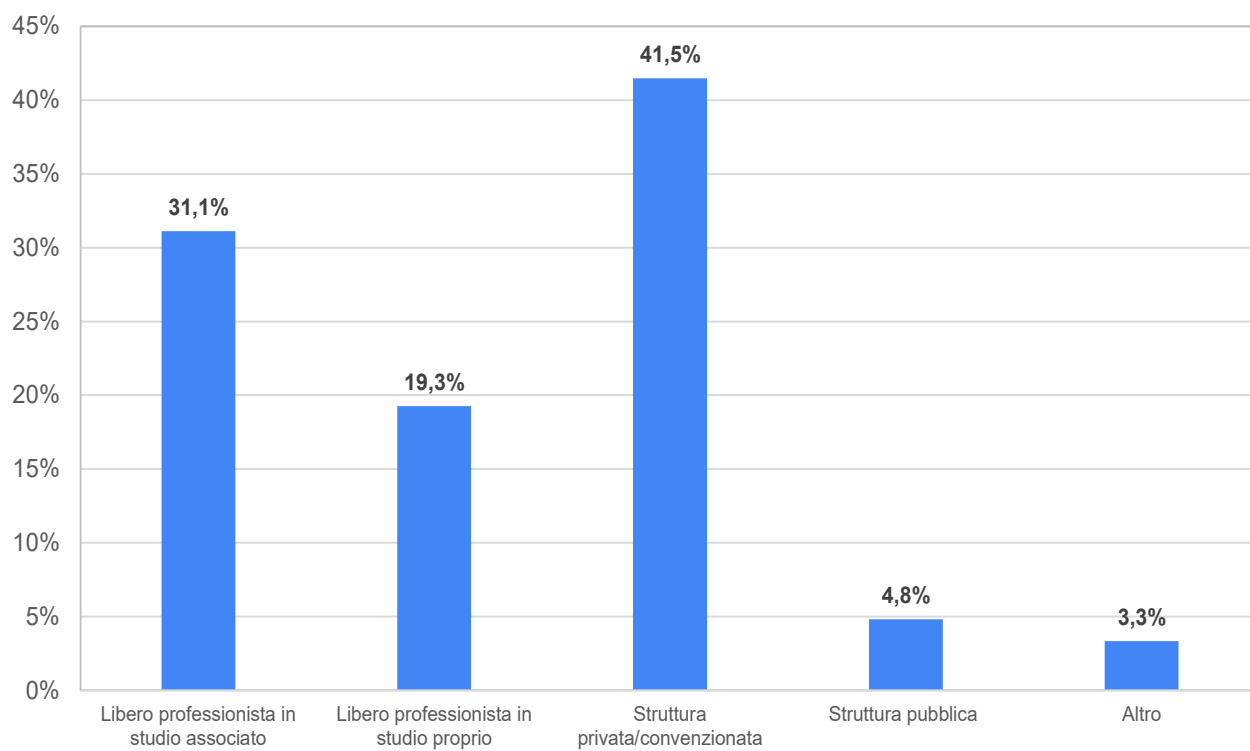
➤ LAVORATORI DIPENDENTI

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	NUM	PERC
Struttura pubblica ospedaliera/reparto	32	9,1%
Struttura pubblica ambulatoriale/distrettuale	128	36,6%
Struttura privata/convenzionata	184	52,6%
Altro	6	1,7%
TOTALE	350	100,0%



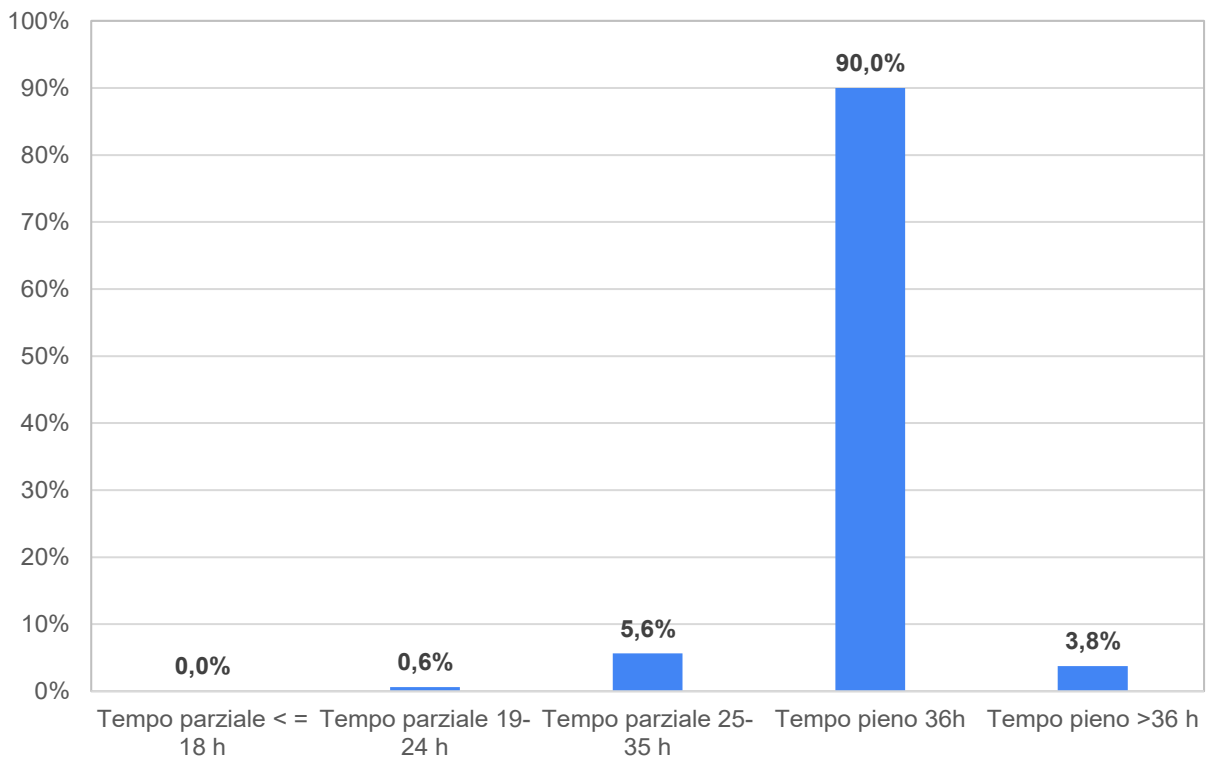
➤ **LIBERI PROFESSIONISTI**

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	NUM	PERC
Libero professionista in studio associato	84	31,1%
Libero professionista in studio proprio	52	19,3%
Struttura privata/convenzionata	112	41,5%
Struttura pubblica	13	4,8%
Altro	9	3,3%
TOTALE	270	100,0%

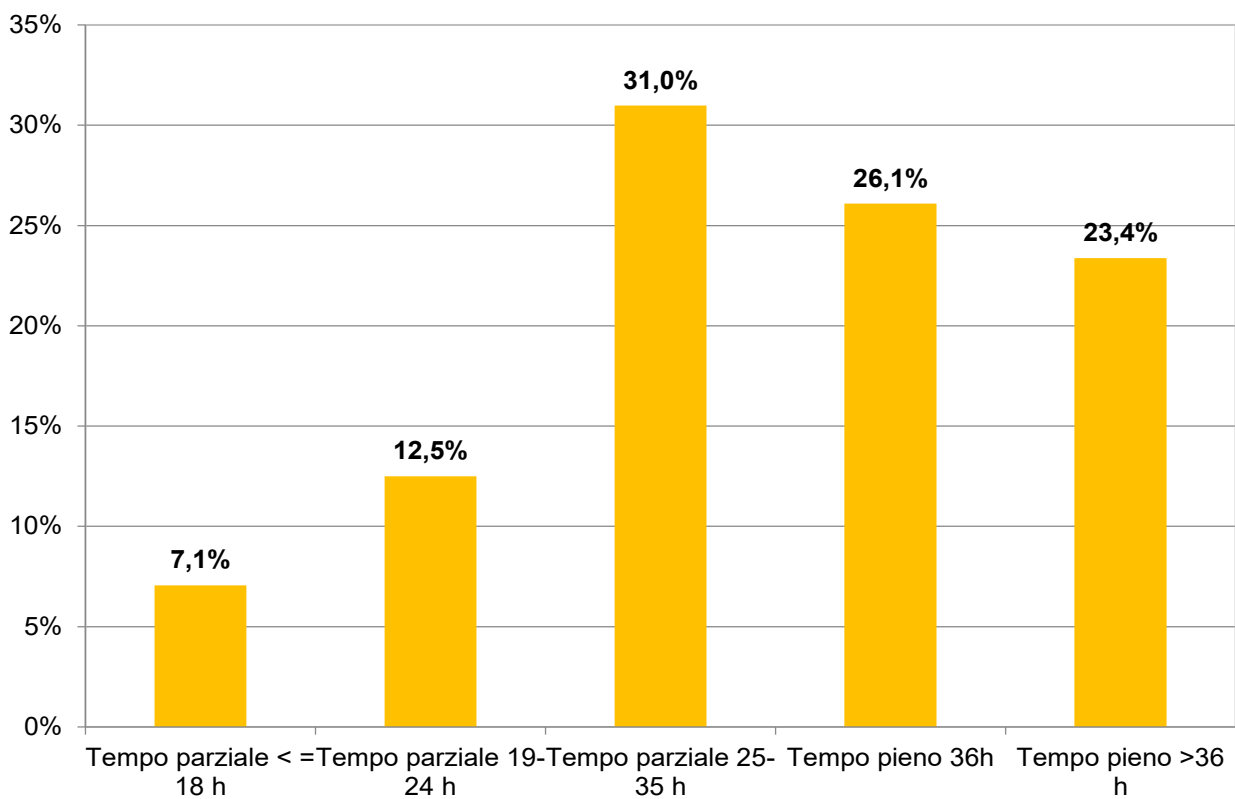


ORE DI LAVORO SETTIMANALI PER I LAVORATORI DIPENDENTI

➤ STRUTTURA PUBBLICA

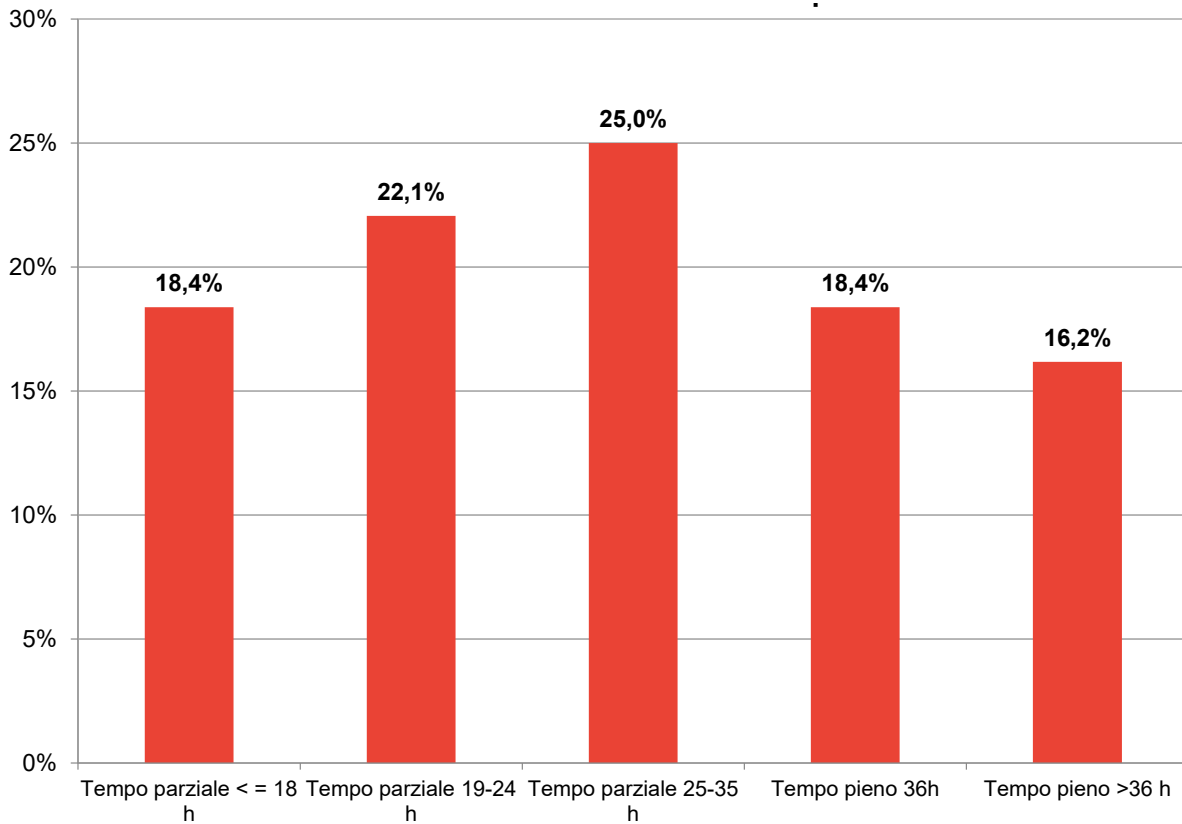


➤ STRUTTURA PRIVATA CONVENZIONATA

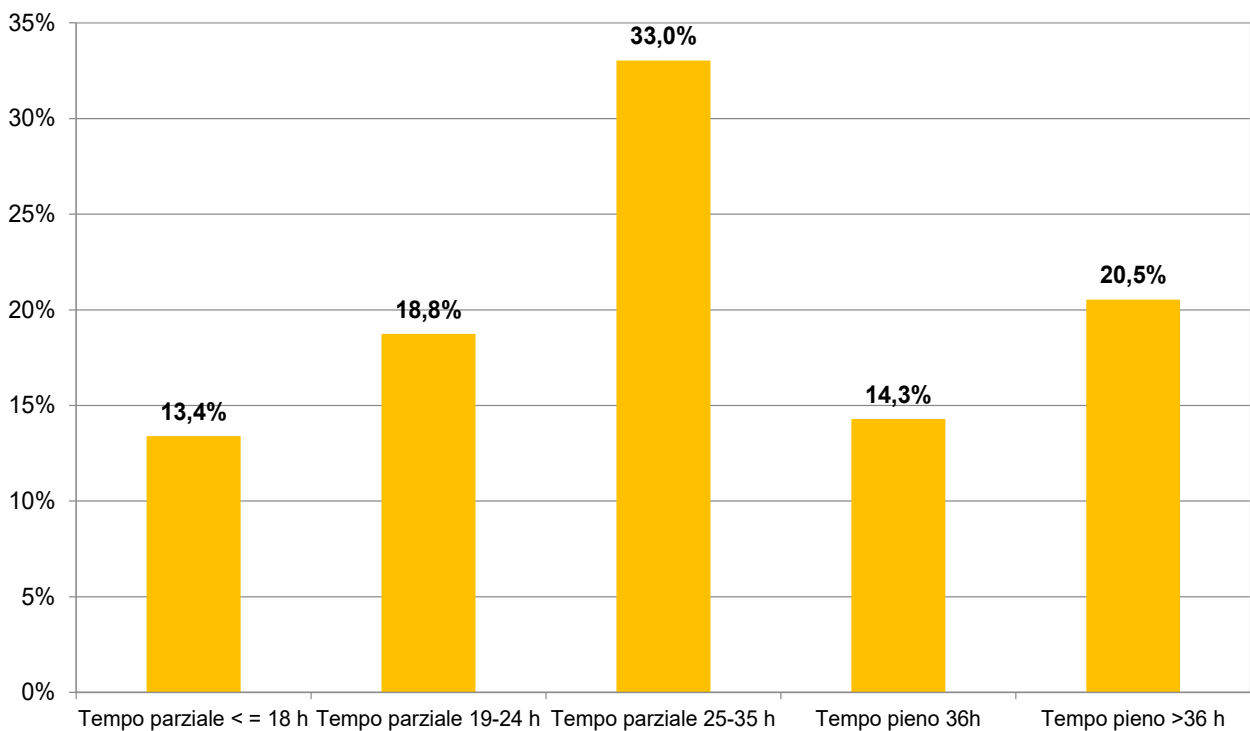


ORE DI LAVORO SETTIMANALI PER I LIBERI PROFESSIONISTI

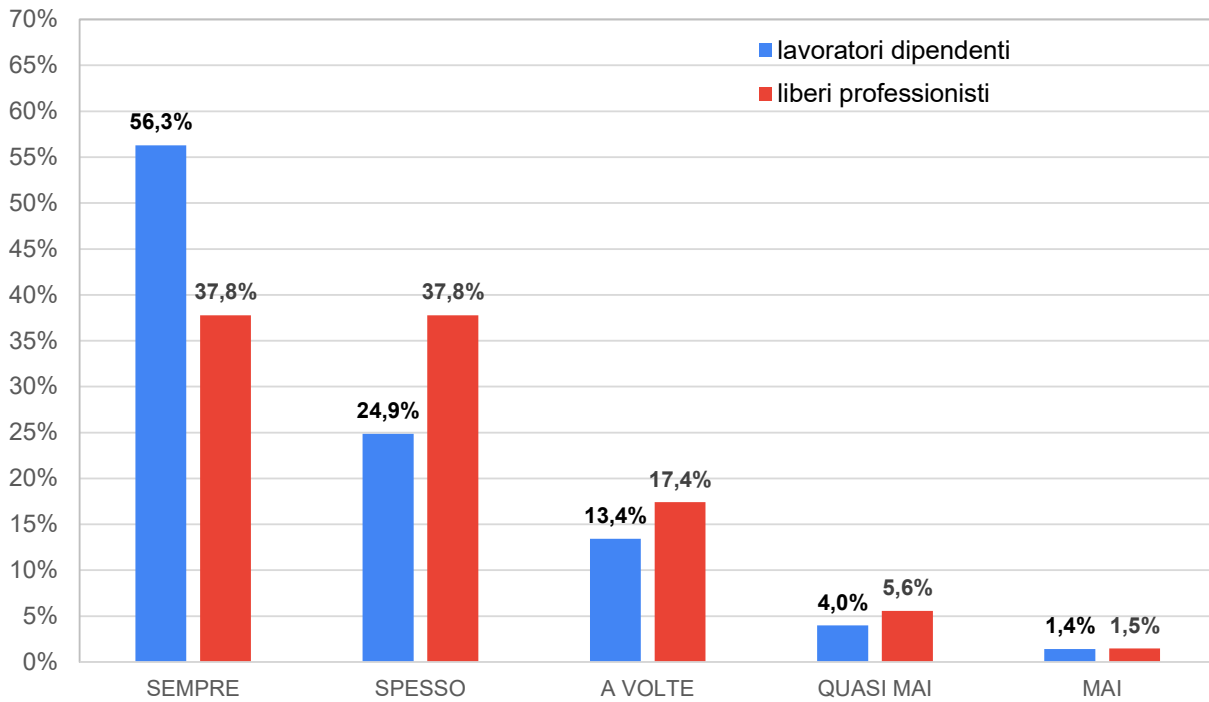
➤ IN STUDIO PRIVATO



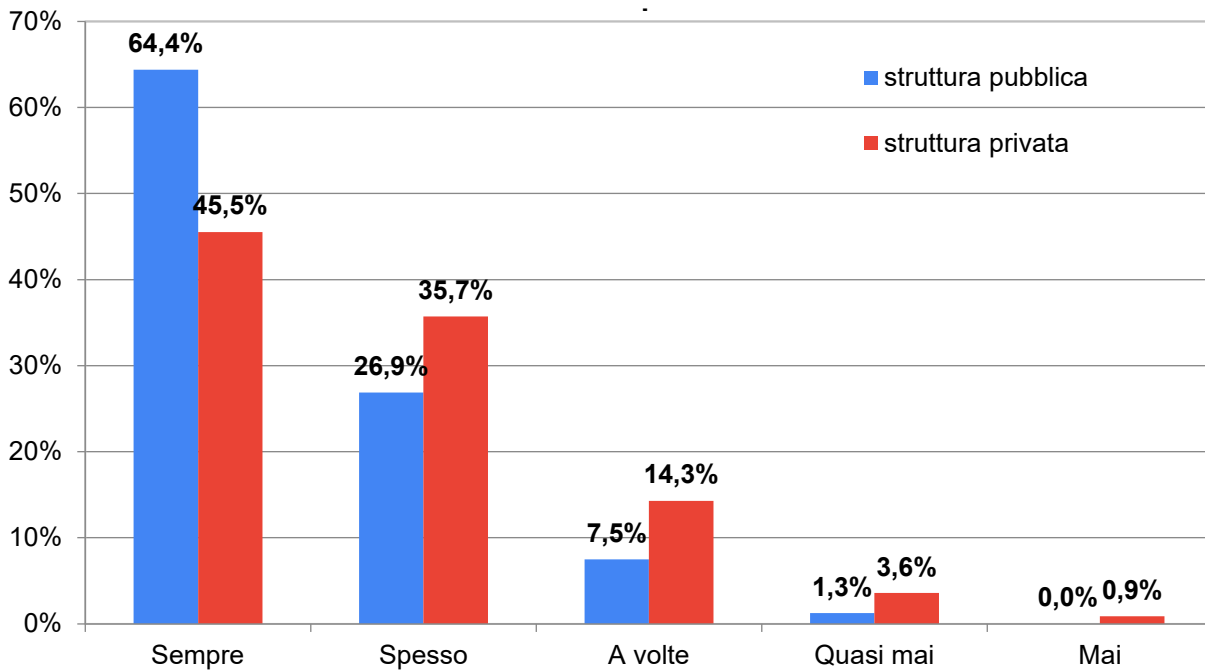
➤ STRUTTURA PRIVATA CONVENZIONATA



LAVORO IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE



➤ LAVORO IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE - LAVORATORI DIPENDENTI CONFRONTO TRA PROFESSIONISTI DIPENDENTI DI STRUTTURA PUBBLICA E STRUTTURA PRIVATA CONVENZIONATA



➤ **LAVORO IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE – LIBERI PROFESSIONISTI**
CONFRONTO TRA PROFESSIONISTI ESERCITANTI IN STUDIO PRIVATO E STRUTTURA PRIVATA CONVENZIONATA

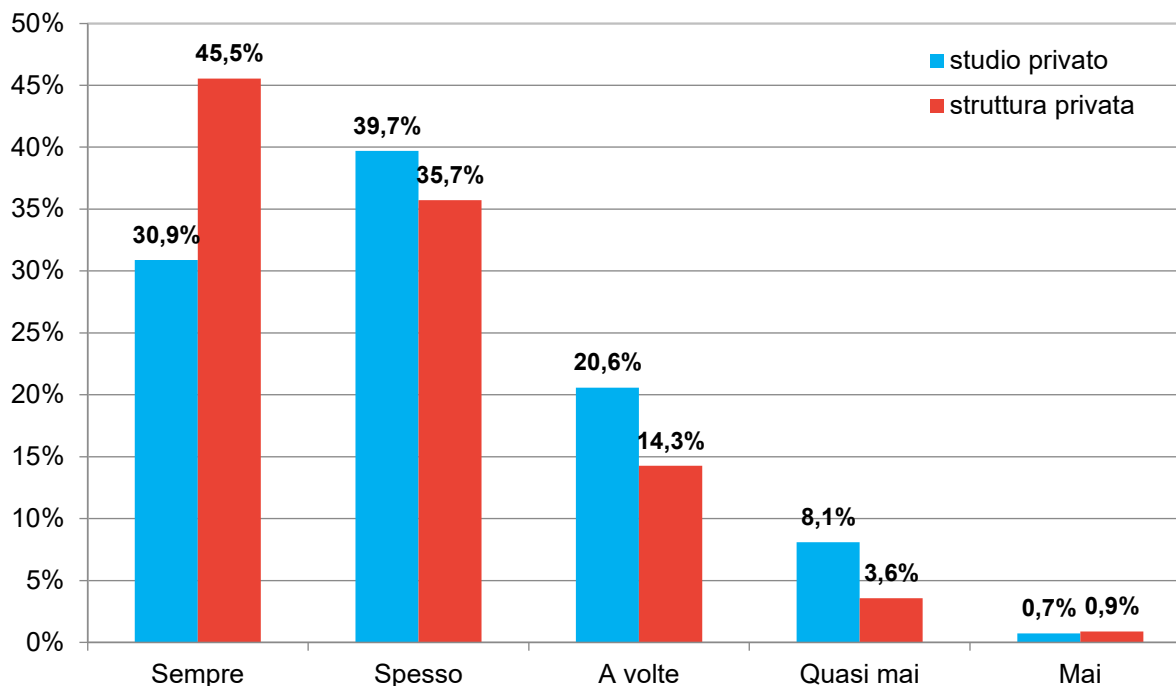
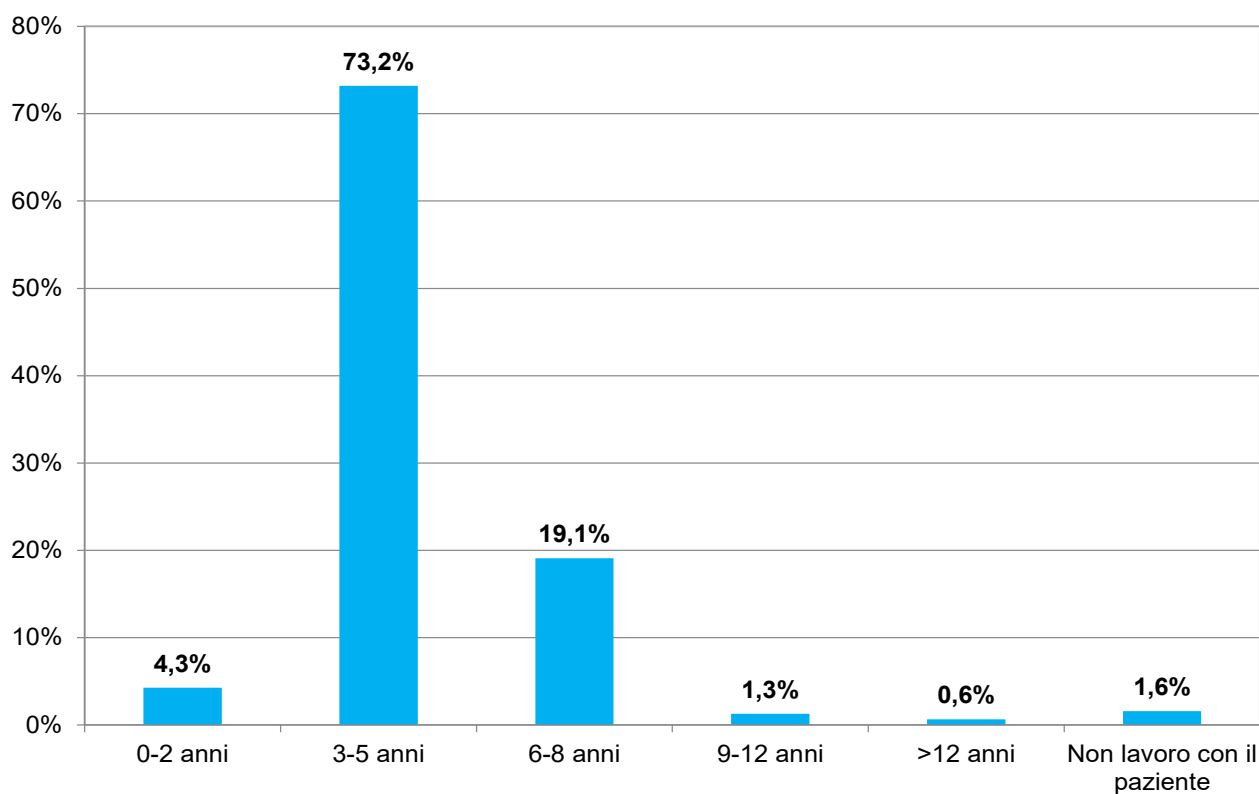


Figure con le quali il TNPEE collabora abitualmente

Logopedista	95,40%
NPI	81,70%
Psicologo	80,30%
Insegnante	53,50%
Fisioterapista	41,30%
Educatore professionale	33,90%
Assistente sociale	28,50%
Fisiatra	18,10%
Altro	15,60%
Ortottista	10,70%
Tecnico ortopedico	8,20%
Pediatra di libera scelta	7,60%
Con nessun'altra professione	0,60%

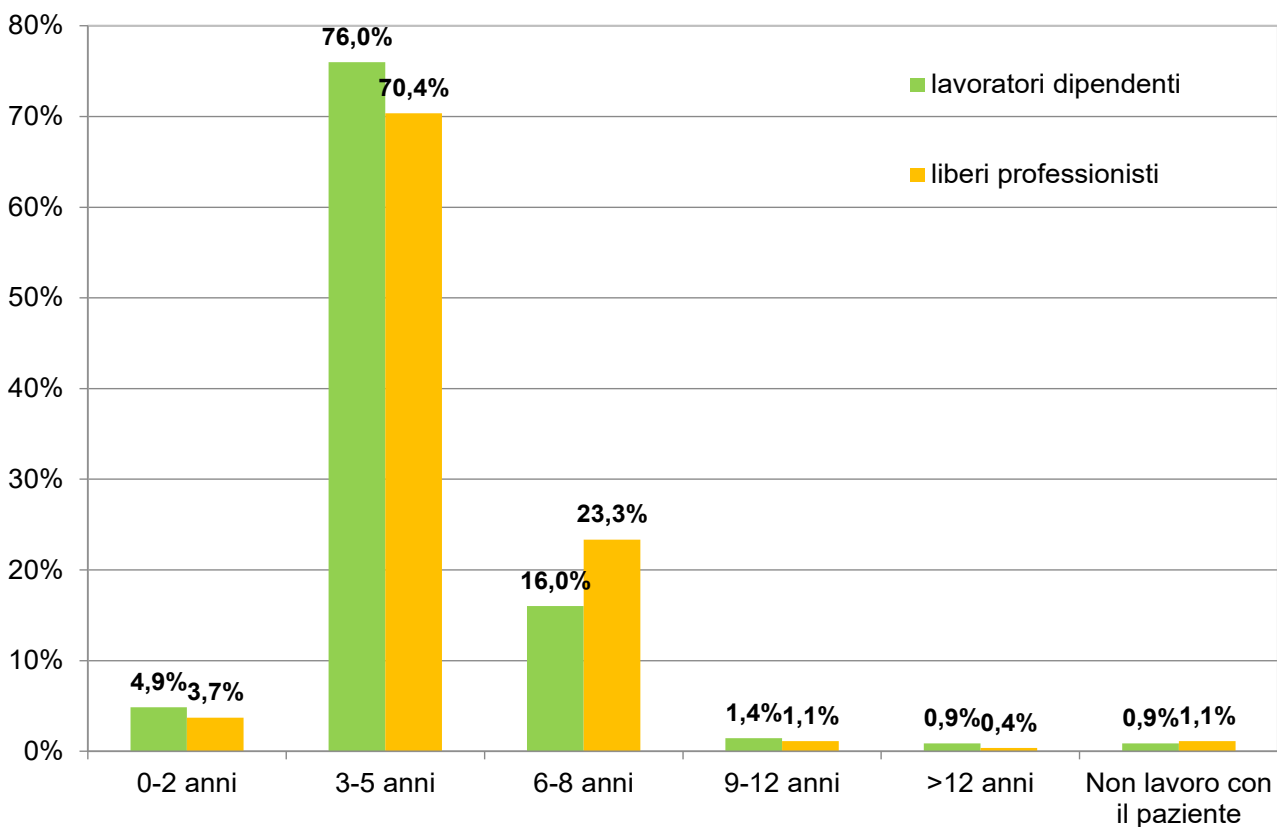
*altro: terapeuta occupazionale, foniatra, audiologo, otorino, pedagogo, tecnico della riabilitazione psichiatrica, neurologo, ostetrica, infermiere, ortopedico, tecnici ABA

ETA' PAZIENTI MAGGIORMENTE TRATTATI



➤ ETA' PAZIENTI MAGGIORMENTE TRATTATI:

CONFRONTO TRA LAVORATORI DIPENDENTI E LIBERI PROFESSIONISTI



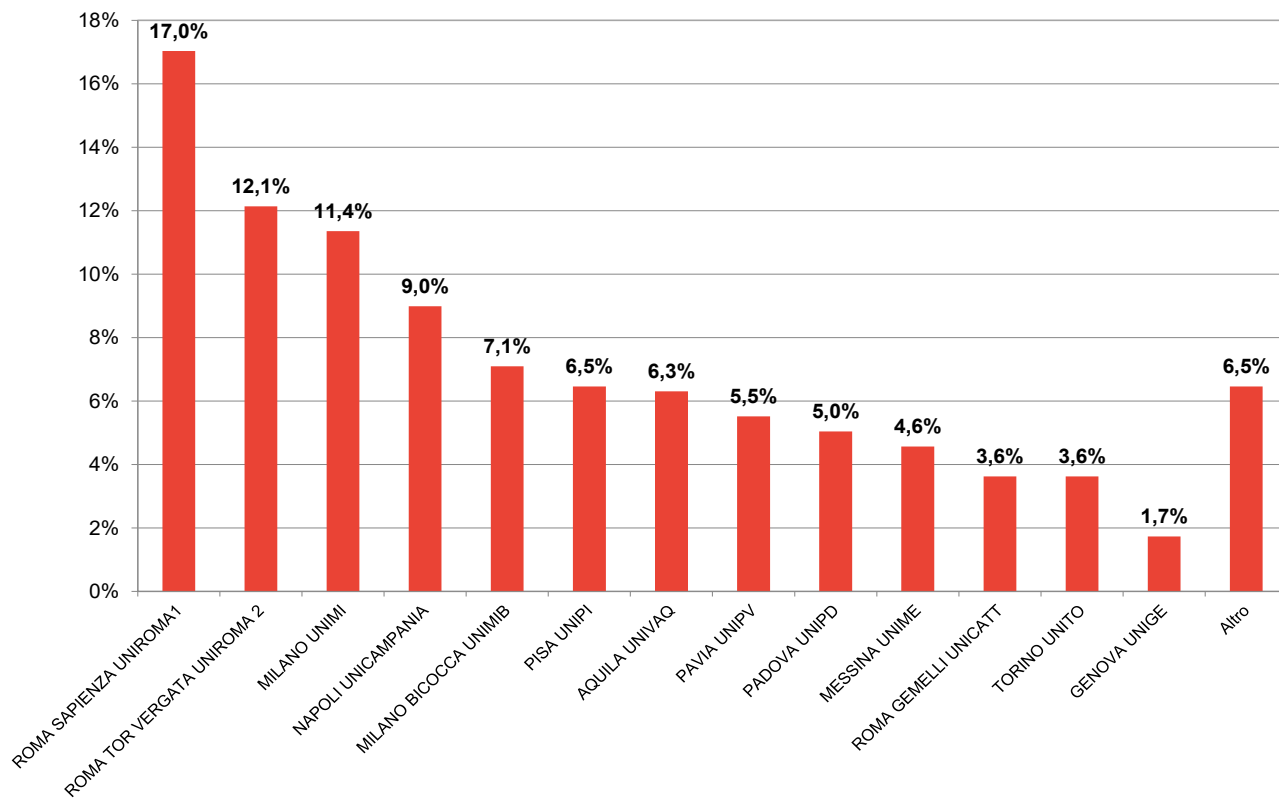
▪ **ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE: FORMAZIONE TNPEE**

Percezione di adeguatezza dell'offerta formativa ricevuta nelle diverse facoltà italiane in relazione alle reali necessità riscontrate dai professionisti in ambito lavorativo. Focus su tirocinio, mediazione corporea e contenuti tecnico-professionali.

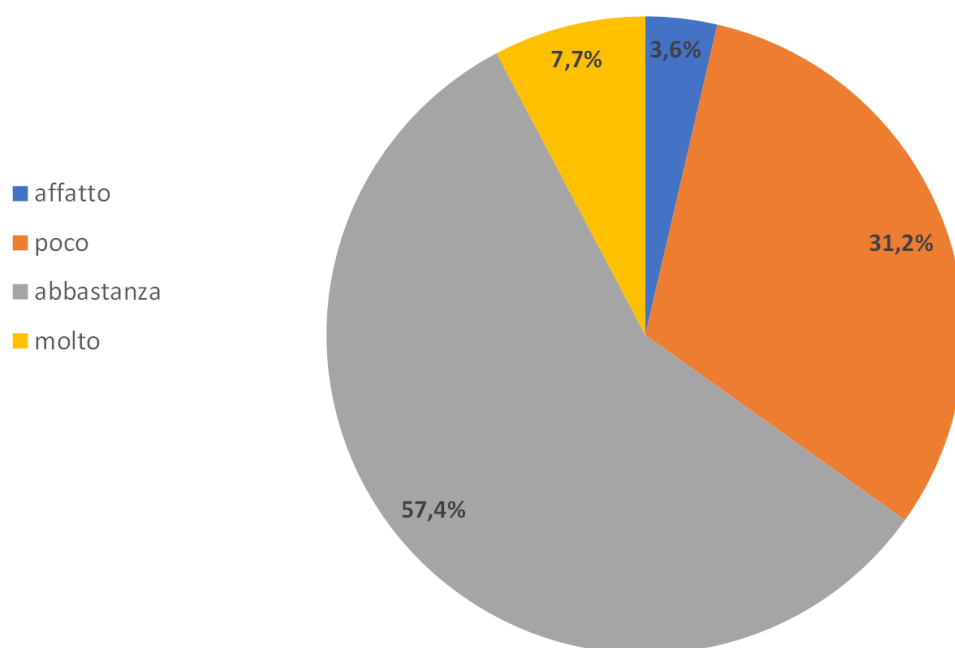
DISTRIBUZIONE DELLE LAUREE

UNIVERSITA'	N° di lauree	%
ROMA SAPIENZA UNIROMA1	108	17,0%
ROMA TOR VERGATA UNIROMA 2	77	12,1%
MILANO UNIMI	72	11,4%
NAPOLI UNICAMPANIA	57	9,0%
MILANO BICOCCA UNIMIB	45	7,1%
PISA UNIPI	41	6,5%
AQUILA UNIVAQ	40	6,3%
PAVIA UNIPV	35	5,5%
PADOVA UNIPD	32	5,0%
MESSINA UNIME	29	4,6%
ROMA GEMELLI UNICATT	23	3,6%
TORINO UNITO	23	3,6%
GENOVA UNIGE	11	1,7%
ALTRO	41	6,5%
TOTALE	634	100,0%

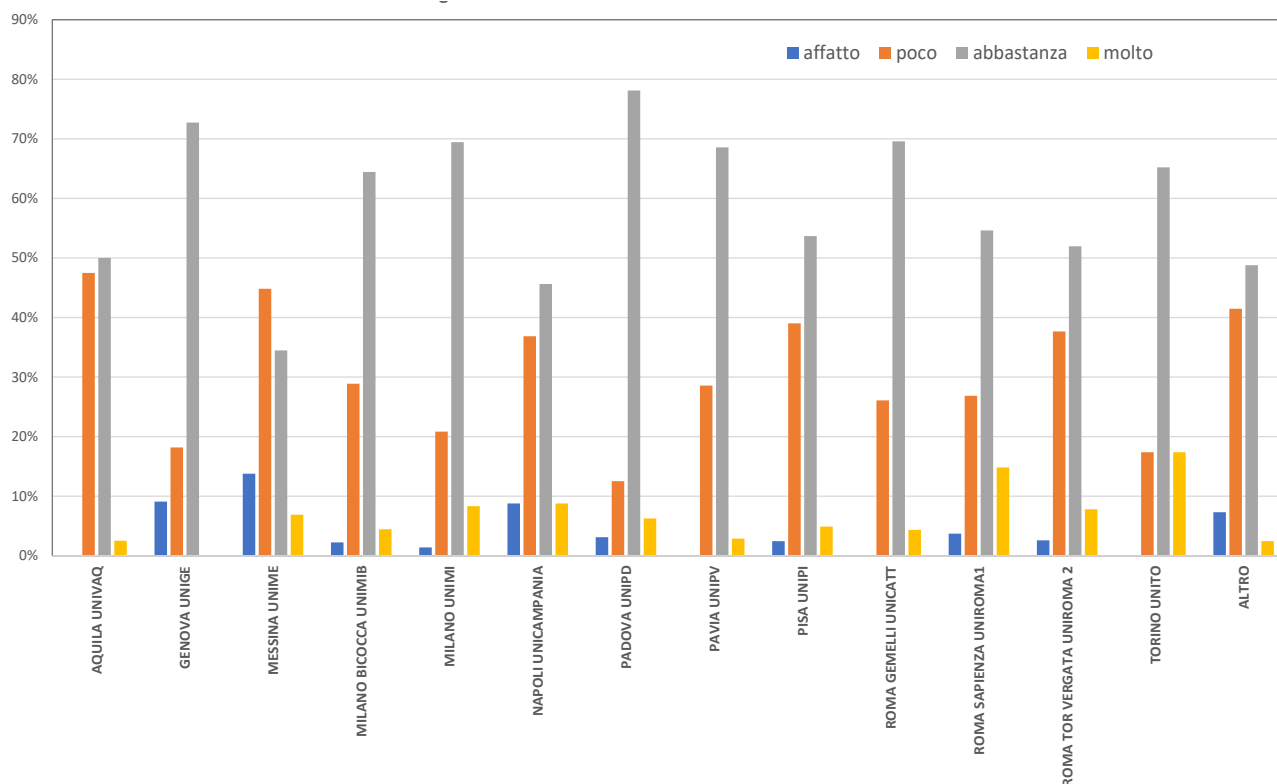
PERCENTUALE DELLE LAUREE PER ATENEVO



ADEGUATEZZA DELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA AI FINI LAVORATIVI



SEDI UNIVERSITARIE	Ritieni che il percorso di formazione universitaria sia stato adeguato ai fini dell'esercizio della professione?				
	affatto	poco	abbastanza	molto	totale
AQUILA UNIVAQ	0	19	20	1	40
GENOVA UNIGE	1	2	8	0	11
MESSINA UNIME	4	13	10	2	29
MILANO BICOCCA UNIMIB	1	13	29	2	45
MILANO UNIMI	1	15	50	6	72
NAPOLI UNICAMPANIA	5	21	26	5	57
PADOVA UNIPD	1	4	25	2	32
PAVIA UNIPV	0	10	24	1	35
PISA UNIPI	1	16	22	2	41
ROMA GEMELLI UNICATT	0	6	16	1	23
ROMA SAPIENZA UNIROMA1	4	29	59	16	108
ROMA TOR VERGATA UNIROMA 2	2	29	40	6	77
TORINO UNITO	0	4	15	4	23
ALTRO	3	17	20	1	41
TOTALE	23	198	364	49	634



Circa 35% degli intervistati dichiara che la formazione universitaria ricevuta sia poco (31,2%) o affatto adeguata (3,6%) ai fini dell'esercizio della professione.

Di questi 221 soggetti in 77 hanno aggiunto la risposta breve facoltativa legata alle motivazioni che sottendono tali giudizi di valore negativi.

Di seguito si riporta una sintesi delle risposte più ricorrenti eliminando i commenti negativi legati alla non possibilità di seguire in presenza le lezioni ed effettuare il tirocinio a causa della pandemia da Sars-CoV-2.

-Tirocinio insoddisfacente

-Assenza della formazione a mediazione corporea

-Formazione a mediazione corporea trattata solo a livello teorico e non laboratoriale

-Eccessiva teoria a discapito dell'apprendimento fondato sulla pratica

-Poche docenze assegnate a professionisti TNPEE

-Scarsa attinenza dei contenuti rispetto il piano di studi e il profilo professionale del TNPEE, soprattutto per le docenze assegnate a Medici (varie specialità: pediatria, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia...). Con utilizzo frequente di materiale utilizzato dai docenti per altri percorsi universitari, compreso materiale non legato all'età evolutiva ma all'adulto

-Focus sia nel tirocinio che nelle materie curriculari solo su alcuni ambiti. In base alla facoltà di provenienza si segnalano importanti mancanze in varie aree: neuromotoria, neuropsicologica, pretermine, relazionale

-Focus su diagnosi, valutazioni e osservazioni a discapito degli aspetti riabilitativi

-Riabilitazione in diversi ambiti osservata solo in linea generale senza approfondimenti sulle metodiche riabilitative e casi clinici complessi e specifici

-Percorso di laurea troppo breve rispetto la formazione realmente necessaria a un professionista TNPEE

CAMPI DI INTERVENTO TNPEE VS AREE DI STUDIO DA IMPLEMENTARE NEI CDL

AREE DI INTERVENTO PROFESSIONALE	N°	%
RIAB. SPETTRO DELL'AUTISMO	546	86,1%
RIAB. ADHD	493	77,8%
RIAB. DISABILITA' INTELLETTIVA	485	76,5%
RIAB. RITARDI PSICOMOTORI	468	73,8%
RIAB. DCM	418	65,9%
RIAB. PATOLOGIE GENETICHE	353	55,7%
RIAB. DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE	352	55,5%
RIAB. DSA	265	41,8%
RIAB. NEUROMOTORIA	232	36,6%
RIAB. PRETERMINE	146	23,0%
RIAB. NEUROSENSORIALE	125	19,7%
PREVENZIONE	103	16,2%
TUTORAGGIO TIROCINIO	95	15,0%
SCUOLE	75	11,8%
RIAB. VISIVA	57	9,0%
ALTRO	38	6,0%
RICERCA	20	3,2%
DIRIGENZA	9	1,4%

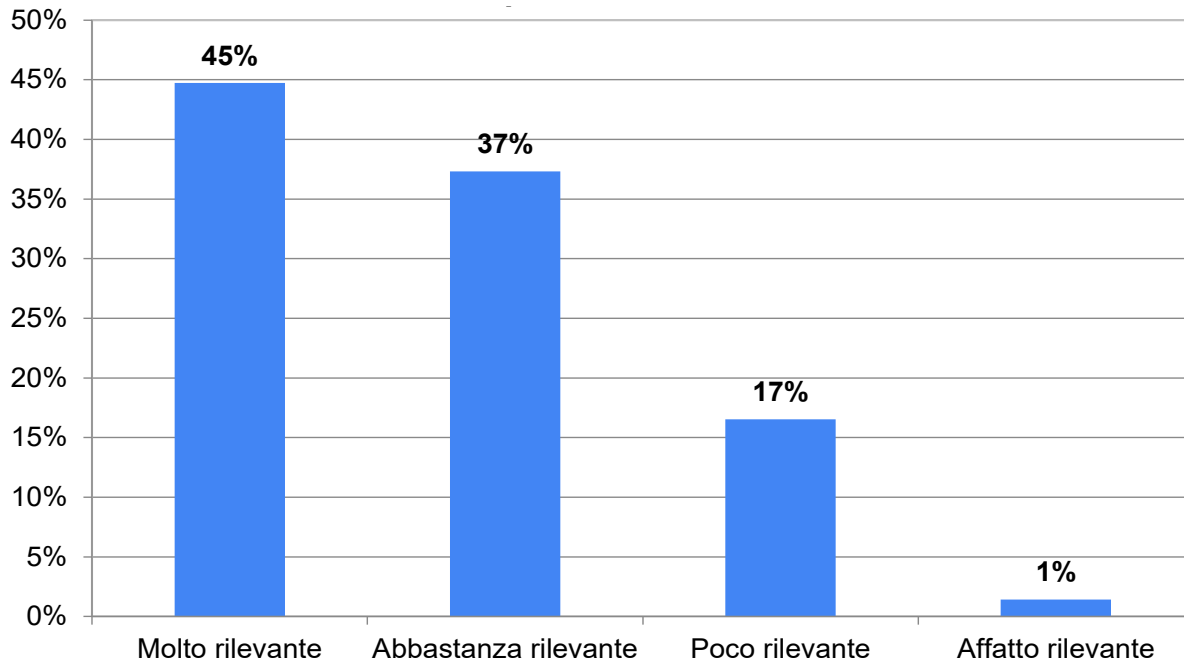
*Altro: coordinamento, formazione, protesica, disturbi emotivi, diagnosi disabilità complessa, patologie oncologiche,

AREE DI STUDIO DA IMPLEMENTARE NEI CDL	N°	%
PATOLOGIE NEUROSENSORIALI	352	55,5%
DCM	286	45,1%
PATOLOGIE NEUROMOTORIE	286	45,1%
PRETERMINE	269	42,4%
ADHD	252	39,7%
PATOLOGIE VISIVE	249	39,3%
EVOLUZIONE GIOCO	242	38,2%
DSA	206	32,5%
DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE	201	31,7%
SINDROMI GENETICHE	193	30,4%
DISABILITA' INTELLETTIVA	190	30,0%
NORMOSVILUPPO	186	29,3%
RITARDI PSICOMOTORI	155	24,4%

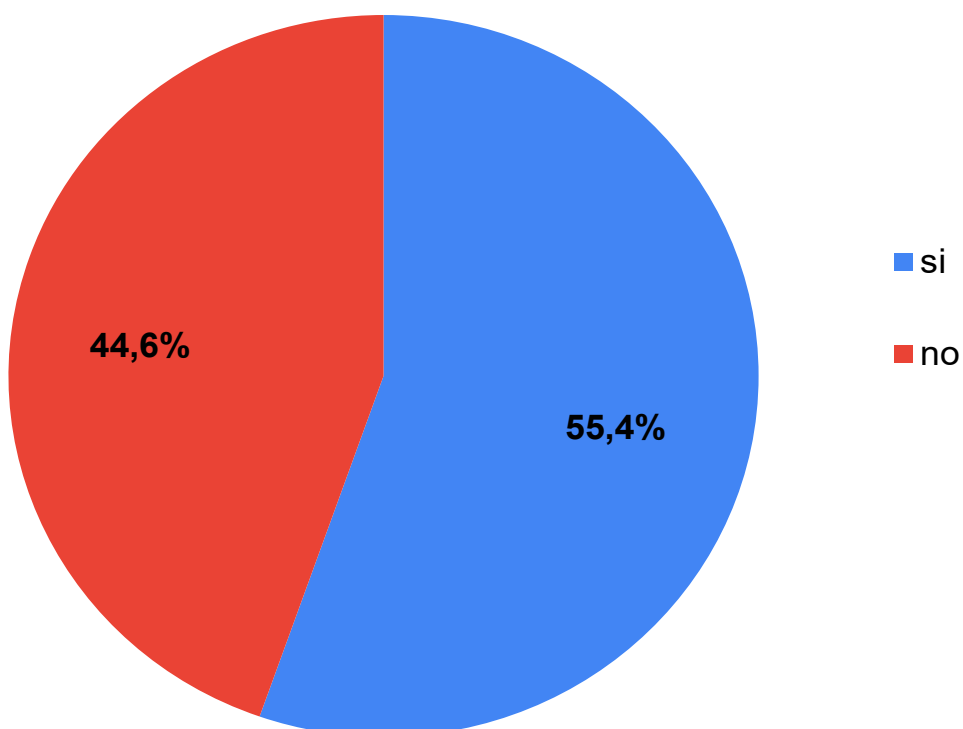
DISTURBO SPETTRO AUTISMO	137	21,6%
ALTRO	96	15,1%

MEDIAZIONE CORPOREA

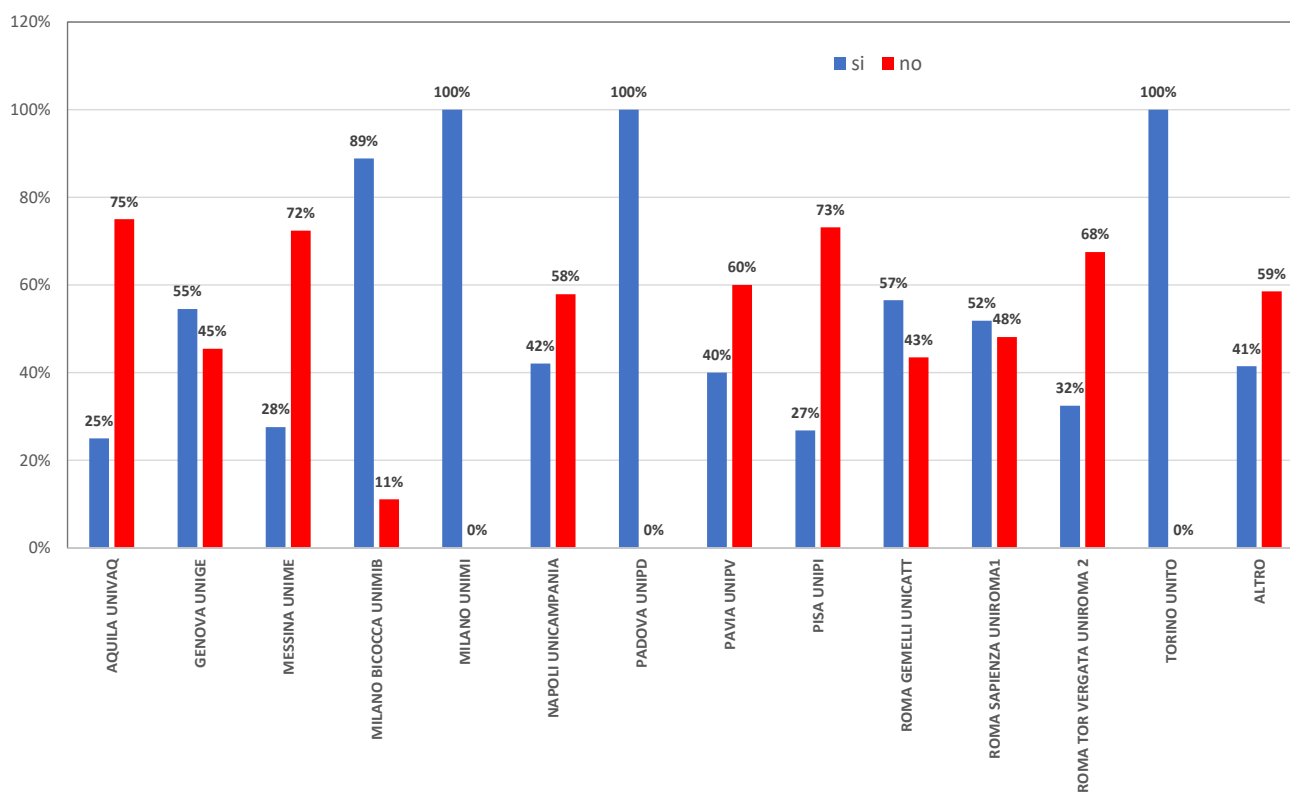
➤ IMPORTANZA DELLA MEDIAZIONE CORPOREA NELLA PRATICA LAVORATIVA



➤ PRESENZA DI FORMAZIONE A MEDIAZIONE CORPOREA NEL PERCORSO DI STUDI UNIVERSITARIO

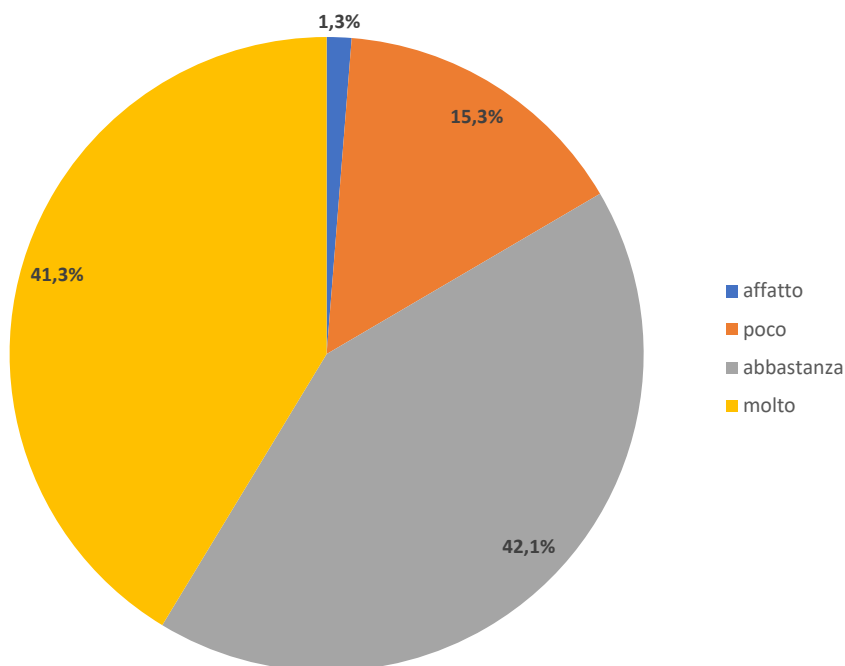


	La tua formazione universitaria prevedeva un percorso di mediazione corporea (esercitazioni pratiche/laboratori/tecniche)?		
	si	no	totale
AQUILA UNIVAQ	10	30	40
GENOVA UNIGE	6	5	11
MESSINA UNIME	8	21	29
MILANO BICOCCA UNIMIB	40	5	45
MILANO UNIMI	72	0	72
NAPOLI UNICAMPANIA	24	33	57
PADOVA UNIPD	32	0	32
PAVIA UNIPV	14	21	35
PISA UNIPI	11	30	41
ROMA GEMELLI UNICATT	13	10	23
ROMA SAPIENZA UNIROMA1	56	52	108
ROMA TOR VERGATA UNIROMA 2	25	52	77
TORINO UNITO	23	0	23
ALTRO	17	24	41
TOTALE	351	283	634

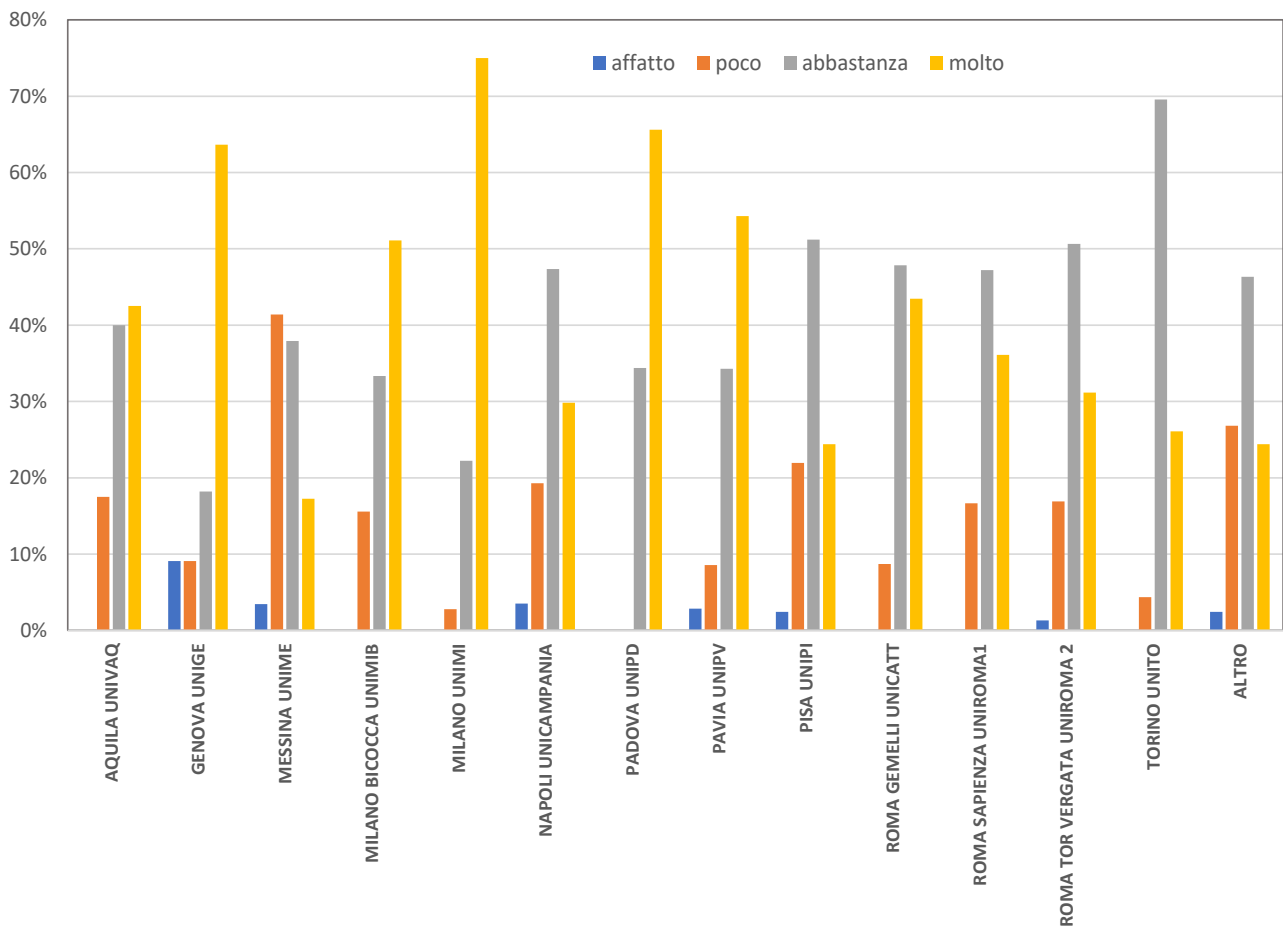


TIROCINIO UNIVERSITARIO

➤ RILEVANZA DEL TIROCINIO EFFETTUATO DURANTE IL PERCORSO DI STUDI AL FINE DI SVOLGERE CON COMPETENZA LA PROFESSIONE



	Ritieni che il tirocinio previsto dal CDL sia stato rilevante per svolgere la tua professione con competenza?				
	affatto	poco	abbastanza	molto	totale
AQUILA UNIVAQ	0	7	16	17	40
GENOVA UNIGE	1	1	2	7	11
MESSINA UNIME	1	12	11	5	29
MILANO BICOCCA UNIMIB	0	7	15	23	45
MILANO UNIMI	0	2	16	54	72
NAPOLI UNICAMPANIA	2	11	27	17	57
PADOVA UNIPD	0	0	11	21	32
PAVIA UNIPV	1	3	12	19	35
PISA UNIPI	1	9	21	10	41
ROMA GEMELLI UNICATT	0	2	11	10	23
ROMA SAPIENZA UNIROMA1	0	18	51	39	108
ROMA TOR VERGATA UNIROMA 2	1	13	39	24	77
TORINO UNITO	0	1	16	6	23
ALTRO	1	11	19	10	41
TOTALE	8	97	267	262	634



Circa il 17% degli intervistati dichiara che il tirocinio effettuato durante il CdL sia stato poco rilevante (15,3%) o affatto rilevante (1,3%) al fine di svolgere la propria professione con competenza.

Di questi 103 soggetti in 73 hanno aggiunto la risposta breve facoltativa legata alle motivazioni che sottendono tali giudizi di valore negativi.

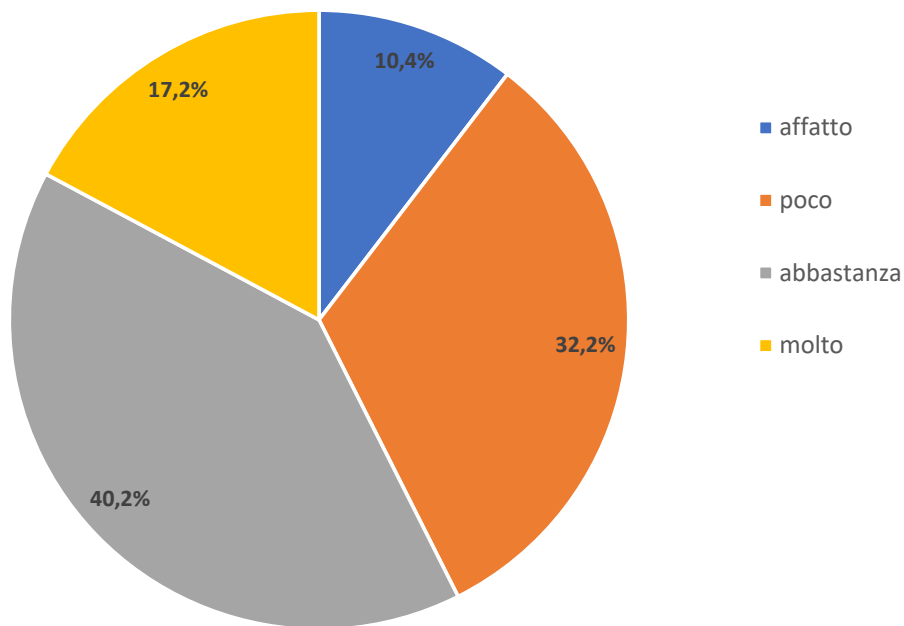
Di seguito si riporta una sintesi delle risposte più ricorrenti eliminando i commenti negativi degli intervistati che hanno frequentato il tirocinio nei periodi pandemici.

- Organizzazione difficilmente gestibile a causa della concomitanza di lezioni e tirocinio
- Costi eccessivi in termini di tempo e denaro legati agli spostamenti per svolgere il tirocinio
- Ricerca autonoma da parte dello studente di sedi per svolgere il tirocinio
- Limitatezza delle sedi di tirocinio in numero e tipologia
- Ruolo di tutor assegnato a professionisti con qualifiche diverse da quella del TNPEE
- Limitatezza delle patologie osservate. Le risposte sono diversificate in base alla facoltà frequentata. Vengono riportate carenze in tutti gli ambiti della riabilitazione in età evolutiva, maggiormente nell'ambito neuromotorio. (Tale limitatezza viene avvertita in maniera diversa in base alle successive esperienze lavorative)
- Limitatezza delle fasce d'età osservate
- Limitatezza della turnazione sia di tutor che di struttura (casi limite di intervistati che hanno svolto tirocinio nella stessa struttura e con lo stesso tutor per tutti gli anni universitari)

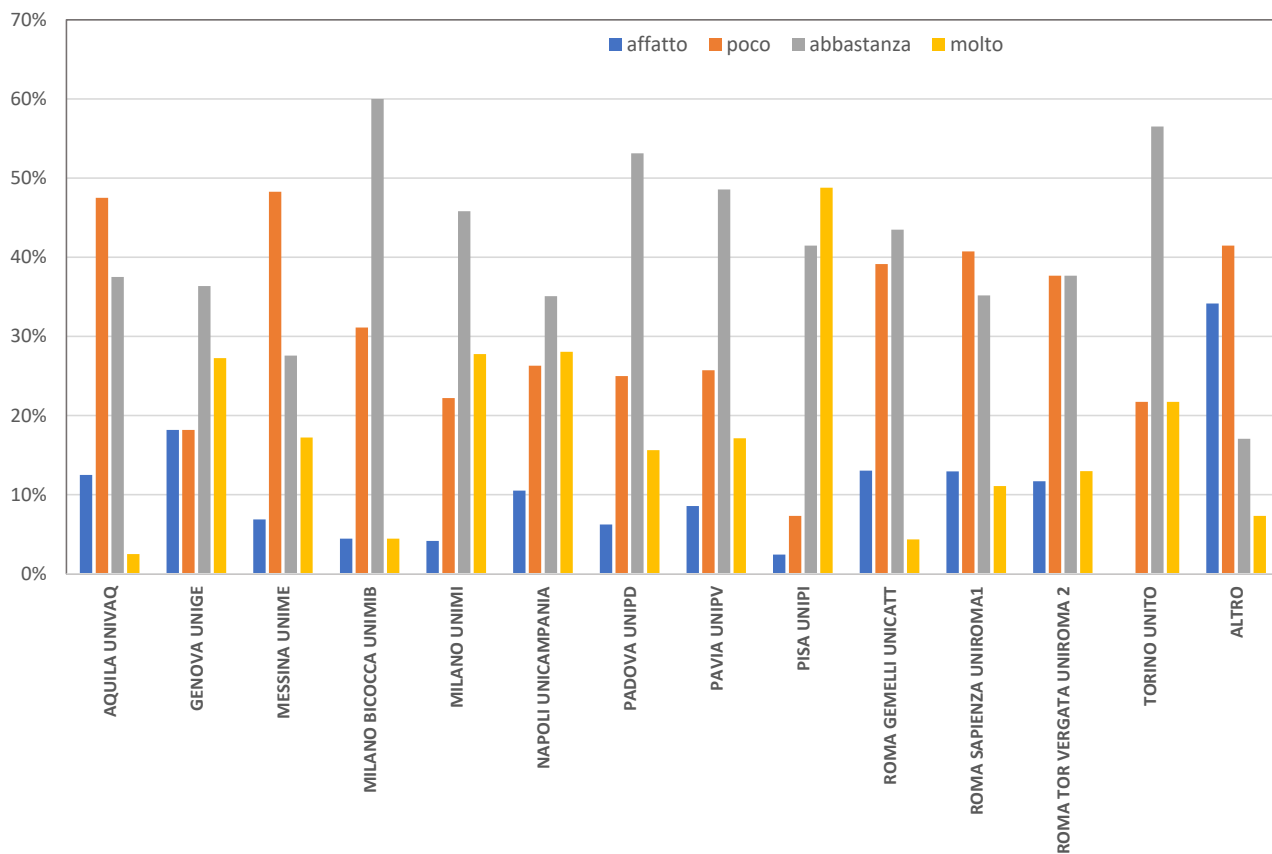
- Tirocinio solo osservazionale senza possibilità di sperimentarsi nella pratica anche per gli studenti del terzo anno di corso
- Scarso coinvolgimento nella stesura del progetto riabilitativo individualizzato, nella gestione della famiglia, nel parent-coaching e nel parent-training, nel lavoro in equipe multidisciplinare
- Scarsa disponibilità al confronto da parte dei tutor
- Assenza di momenti dedicati al breafing e debriefing
- Assegnazione di un numero eccessivo di studenti a un unico tutor
- Tirocinio svolto solo in ambito ospedaliero che ha permesso una buona preparazione per quanto riguarda aspetti valutativi e utilizzo della testistica ma non per quanto concerne la riabilitazione del caso clinico

EVIDENCE BASED MEDICINE

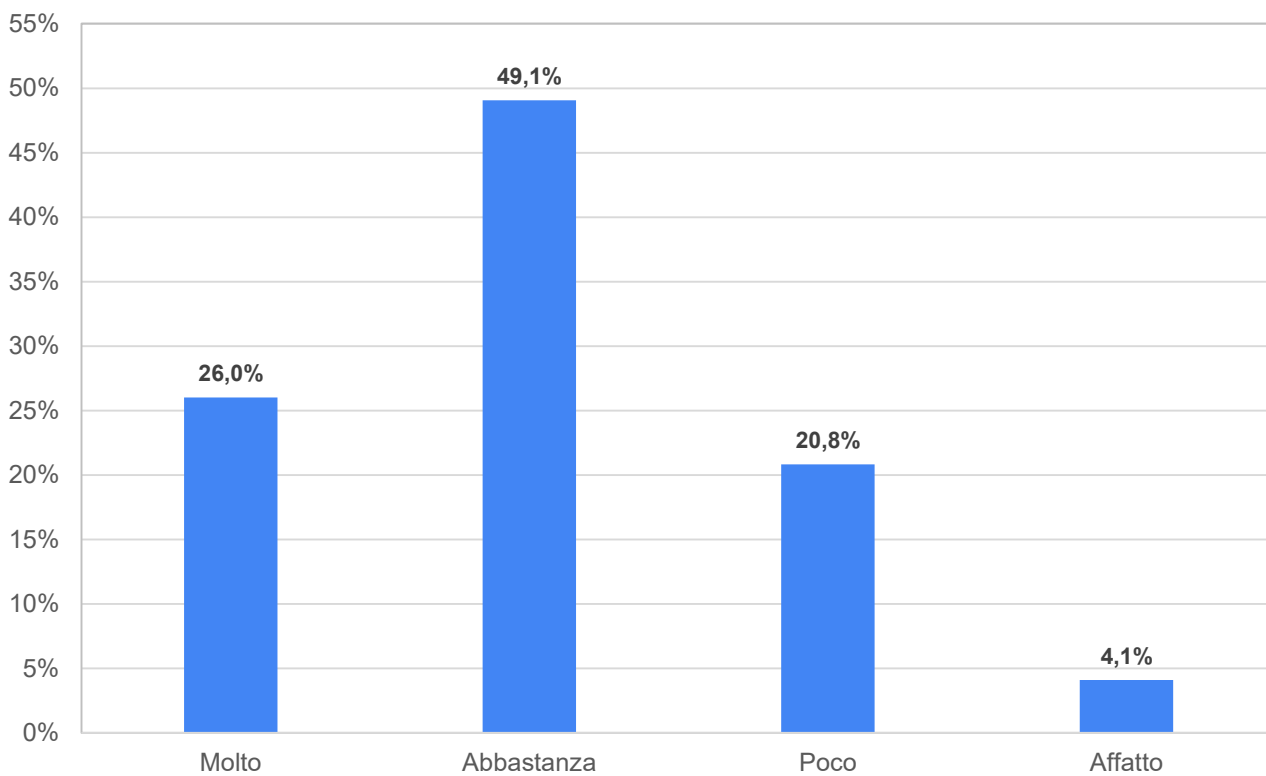
➤ FORMAZIONE EBM DURANTE IL PERCORSO DI STUDI UNIVERSITARIO



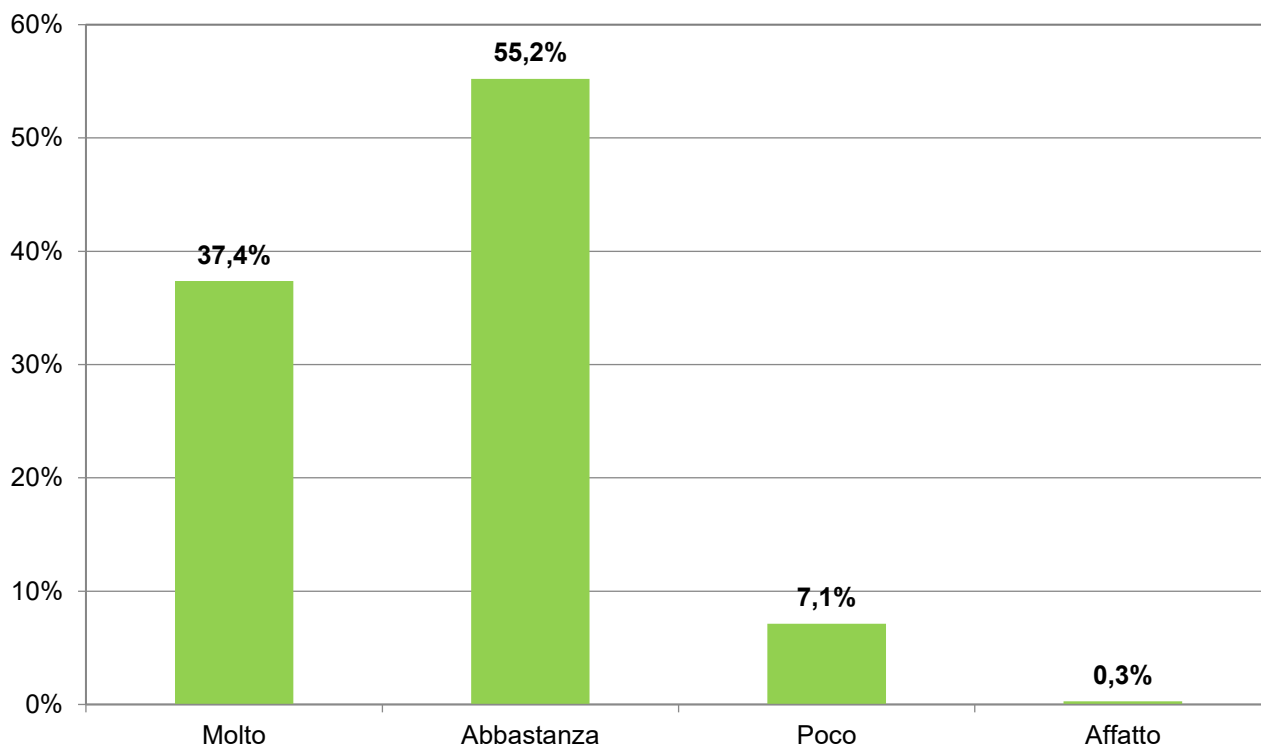
	Durante il CDL in TNPEE hai avuto una formazione basata sull' Evidence Based Medicine?				
	affatto	poco	abbastanza	molto	totale
AQUILA UNIVAQ	5	19	15	1	40
GENOVA UNIGE	2	2	4	3	11
MESSINA UNIME	2	14	8	5	29
MILANO BICOCCA UNIMIB	2	14	27	2	45
MILANO UNIMI	3	16	33	20	72
NAPOLI UNICAMPANIA	6	15	20	16	57
PADOVA UNIPD	2	8	17	5	32
PAVIA UNIPV	3	9	17	6	35
PISA UNIPI	1	3	17	20	41
ROMA GEMELLI UNICATT	3	9	10	1	23
ROMA SAPIENZA UNIROMA1	14	44	38	12	108
ROMA TOR VERGATA UNIROMA 2	9	29	29	10	77
TORINO UNITO	0	5	13	5	23
ALTRO	14	17	7	3	41
TOTALE	66	204	255	109	634



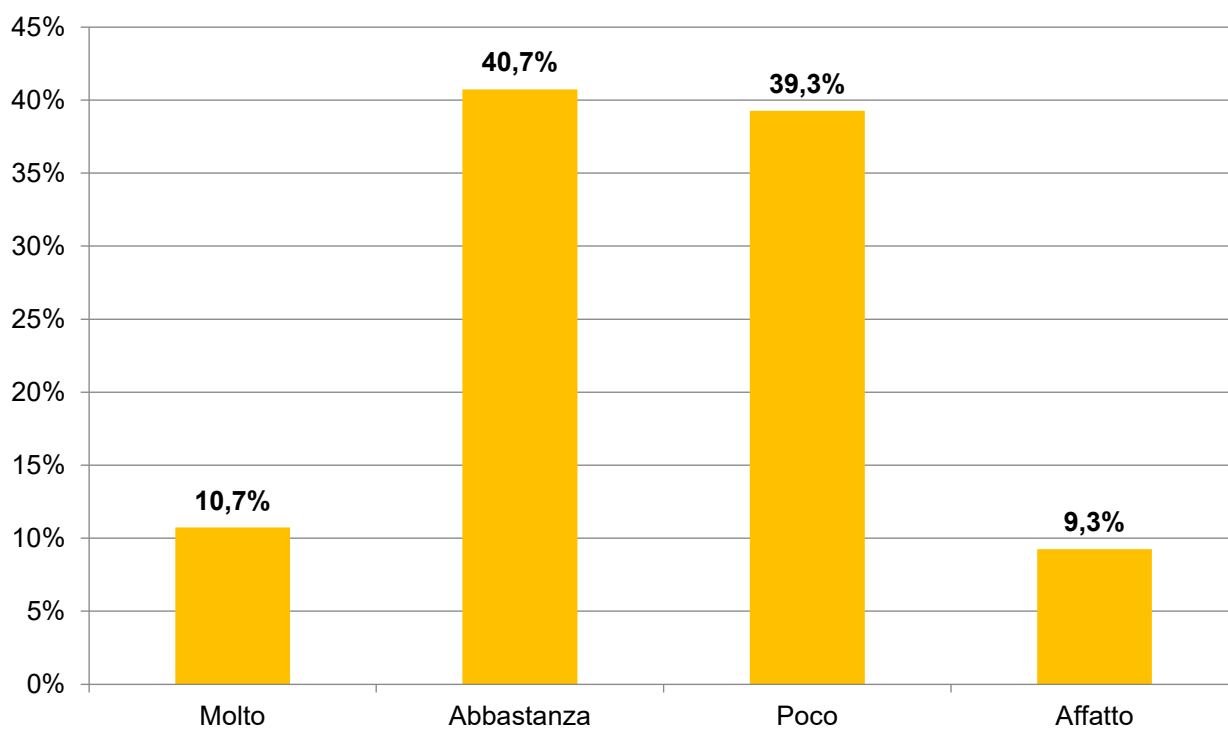
➤ UTILIZZO EBM NELLA PRATICA LAVORATIVA



➤ **UTILIZZO EBM TRA PROFESSIONISTI CHE HANNO RICEVUTO FORMAZIONE SULL'EBM IN AMBITO UNIVERSITARIO (abbastanza e molto)**



➤ **UTILIZZO EBM TRA PROFESSIONISTI CHE NON HANNO RICEVUTO FORMAZIONE SULL'EBM IN AMBITO UNIVERSITARIO (poco e affatto)**



9. CONCLUSIONI

Questo studio intitolato “Bisogni e criticità dei TNPEE: studio trasversale su distribuzione, formazione, stato occupazionale dei professionisti in Italia”, si è posto l’obiettivo di rispondere principalmente a due quesiti legati alla figura professionale del TNPEE in Italia: “La distribuzione sul territorio dei professionisti rapportata al fabbisogno della popolazione in età evolutiva è omogenea?”; “La formazione ricevuta nei CdL con particolare riguardo a tirocinio, formazione a mediazione corporea e contenuti tecnico-professionali è omogenea e adeguata ai fini della pratica lavorativa?”.

Per il primo quesito la ricerca ha previsto la raccolta dei numeri dei soggetti in età evolutiva presenti sul territorio italiano (totali, regionali, suddivisi per fasce d’età) e la raccolta dei numeri dei professionisti TNPEE esercitanti iscritti all’Ordine TSRM PSTRP con relativa distribuzione geografica regionale.

Se la rilevazione dei dati ISTAT sulla popolazione in età evolutiva è stata di semplice realizzazione, la rilevazione dei dati inerenti al conteggio e distribuzione dei TNPEE è stata estremamente lunga e difficoltosa. L’Ordine TSRM PSTRP, infatti, non prevede la pubblicazione dei dati in questione né la possibilità di renderli noti ai propri iscritti su esplicita richiesta. A questo va aggiunto che i singoli Albi provinciali hanno mostrato risposte di collaborazione molto diversificate e non organiche. Si evince che l’istituzione degli albi delle professioni sanitarie, resa concreta tramite decreti attuativi successivi alla legge n.3/2018, non ha ancora permesso il concretizzarsi di una rete organica basata su trasparenza e chiarezza al servizio dei professionisti.

Dall’analisi generale effettuata si può concludere che sul territorio italiano la presenza dei TNPEE non è omogenea.

In particolare, colpisce il dato relativo all’Emilia Romagna e al Trentino Alto Adige che, pur rappresentando eccellenze italiane nella gestione del SSR, detengono i valori più bassi di rapporto numerico tra TNPEE e soggetti in età evolutiva. Basilicata, Lazio e Campania al contrario sono le regioni che risultano avere valori più alti di rapporto tra TNPEE e soggetti in età evolutiva. L’analisi a macrozona mostra che tale rapporto è distribuito in maniera crescente come riportato a seguire: Centro, Sud; Isole, Nord.

Le sedi dei CdL attualmente attivi sono dislocate in Lombardia, Liguria, Piemonte, Veneto, Toscana, Lazio, Marche, Abruzzo, Campania, Sicilia. Negli anni sono stati chiusi alcuni CdL tra i quali uno in Calabria. Pertanto, l’assenza di CdL in Terapia della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva in alcune regioni (come, ad esempio, in Trentino Alto Adige e nell’intera Emilia Romagna) spiega solo in parte questa disomogeneità. È comunque probabile che l’apertura di CdL in altri territori, in particolare nella regione Emilia Romagna, possano in parte armonizzare la distribuzione dei TNPEE sul territorio nazionale.

Ragioni aggiuntive vanno probabilmente ricercate nella scarsa conoscenza della figura del TNPEE sia da parte della popolazione generale che della comunità politico-sanitaria. Questo potrebbe portare ad una mancanza del TNPEE nella struttura sanitaria intrinseca di alcune regioni e a una bassa richiesta da parte dei soggetti potenzialmente interessati.

Nascono quindi alcune domande che, a mio avviso, meritano indagini future: Chi sostituisce il TNPEE nella presa in carico dei soggetti in età evolutiva con disordini dello sviluppo nelle regioni

con minor presenza dei professionisti? In questi territori è garantita una risposta efficiente ed efficace ai bisogni dei soggetti in età evolutiva?

Per il secondo quesito lo studio ha previsto sia la ricerca dei singoli piani di studio dei CdL attivi tramite consultazione dei siti istituzionale, che la raccolta diretta di informazioni dai TNPEE esercitanti realizzata tramite apposito questionario.

Da subito è stato evidente che la ricerca di informazioni sulle offerte formative universitarie non è agevolata da una facile e intuitiva navigazione dei siti né dalla pubblicazione completa delle informazioni ricercate. La presentazione dei piani di studio è troppo eterogenea per permettere un confronto attendibile soprattutto per gli insegnamenti a contenuto tecnico-professionalizzante.

Da questa prima ricerca è stato tuttavia possibile confrontare alcuni dati oggettivi delle diverse offerte formative: il peso del tirocinio espresso in CFU è distribuito in modo eterogeneo nei 3 anni universitari; non vengono dichiarate le sedi convenzionate in cui poter svolgere i tirocini (tranne Uniroma2); gli insegnamenti assegnati al settore scientifico disciplinare MED/48 (Scienze infermieristiche e tecniche neuro-psichiatriche e riabilitative) al quale appartengono i docenti con TNPEE non sono sempre dichiarati e laddove lo sono il peso in CFU assegnati è eterogeneo; gli insegnamenti tecnico-professionalizzanti sono spesso distribuiti a professionisti diversi dai TNPEE; negli insegnamenti non compare la formazione a mediazione corporea che probabilmente se presente è limitata alle AAF o ADE tendenzialmente non specificate dai piani di studio (tranne per le sedi di Unimib, Unipi, Uniroma2).

Proseguendo, grazie all'analisi dei dati derivanti dal questionario, l'83% della popolazione dello studio ritiene che il tirocinio effettuato durante il percorso di studi sia molto rilevante/rilevante rispetto l'effettiva pratica lavorativa. L'82% ritiene che l'utilizzo della mediazione corporea nella pratica lavorativa sia molto rilevante/rilevante ma solo il 55% dichiara di aver ricevuto formazione universitaria in questo ambito.

Interessante sottolineare che sono solo 3 su 13 le sedi universitarie frequentate dalla popolazione presa in riferimento dallo studio che hanno offerto al 100% degli intervistati un percorso di formazione a mediazione corporea (Unimi, Unipd, Unito).

Risulta pertanto basilare promuovere e valorizzare nei CdL in Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva l'apprendimento tutoriale tramite una ricca e qualitativamente rilevante proposta formativa legata al tirocinio, diversificata in base alla tipologia di struttura, alla tipologia di pazienti presi in carico, alla formazione dei tutor.

In egual modo, alla formazione a mediazione corporea andrebbe riconosciuto un valore imprescindibile. Dovrebbe pertanto essere resa obbligatoria, inserita e descritta nei piani di studio, associata a CFU come per tutti gli insegnamenti curriculari.

Futuri studi potrebbero indagare nel dettaglio e confrontare l'organizzazione dei tirocini e della formazione a mediazione corporea, laddove presente, nelle singole sedi universitarie.

L'analisi del questionario mostra che il 64% dei professionisti intervistati ritiene molto adeguata (7%) e abbastanza adeguata (57%) la formazione universitaria ricevuta. Le aree di studio che secondo gli intervistati andrebbero potenziate nei percorsi universitari riguardano per oltre il 40% degli intervistati le patologie neuromotorie, i pretermine, i disturbi della coordinazione motoria; per oltre il 50% degli intervistati le patologie neurosensoriali. Va considerato che il campione preso in riferimento è composto da percentuali diverse di provenienza per facoltà, una futura ulteriore analisi dei dati potrebbe delineare nello specifico quali siano le "specialità" di formazione nelle singole

facoltà (ad esempio il 100% degli intervistati provenienti da Unipi non dichiara da potenziare la sfera delle patologie neuromotorie mentre il 75% degli stessi intervistati dichiara che andrebbero potenziate le aree di studio inerenti al normosviluppo, all'evoluzione del gioco, ai ritardi psicomotori semplici). Rispetto al secondo quesito è quindi possibile affermare che la formazione ricevuta dagli intervistati nei CdL con particolare riguardo a tirocinio, formazione a mediazione corporea e contenuti tecnico-professionali non è omogenea.

Inoltre, il questionario diffuso ha reso possibile effettuare una descrizione dello stato occupazionale e di altre caratteristiche dei TNPEE intervistati.

L'87% degli intervistati si è inserito nel mondo del lavoro entro un anno dalla laurea.

Il 55% degli intervistati esercita la professione come lavoratore dipendente. Di questi oltre il 50% è occupato presso una struttura privata/convenzionata, meno del 10% in reparti ospedalieri e il 36% in strutture pubbliche ambulatoriali. Il 45% degli intervistati lavora in regime di libera professione. Di questi il 50% in studio proprio o associato, il 41% presso strutture private/convenzionate e meno del 5% in strutture pubbliche. Da questo si deduce che la gestione dei SSR assegna preferenzialmente l'erogazione del settore riabilitativo alle strutture private/convenzionate.

La fascia d'età prevalentemente trattata dagli intervistati è quella prescolare dei soggetti con età compresa tra 2 e 5 anni (73%). Il minor utilizzo dei servizi da parte delle fasce d'età superiori è verosimilmente dovuto ai limiti di accesso per età e diagnosi alla presa in carico riabilitativa nel Servizio pubblica e privato/convenzionato. Mentre per la fascia d'età inferiore ai 2 anni mancano verosimilmente diagnosi precocissime e/o il TNPEE è ancora sostituito da altre figure professionali. Tra le patologie maggiormente trattate dai TNPEE spicca il disturbo dello spettro autistico che viene individuato come area in cui si erogano interventi riabilitativi dall'86% degli intervistati. Interessante osservare le percentuali di lavoro extra riabilitativo: tutor di tirocinio 15%; prevenzione 16%; scuole 12%; ricerca 3,2%; dirigenza 1,4%. Questi ultimi dati potrebbero essere il punto di partenza per estendere ed aumentare lo sviluppo futuro della professione in altri campi.

L'importanza della presa in carico globale nei soggetti in età evolutiva è resa tangibile dalle percentuali del lavoro in equipe multidisciplinare dichiarato dagli intervistati e svolto sia in ambito pubblico che privato/convenzionato e privato. Infatti, l'81% dei TNPEE dipendenti collabora stabilmente (sempre/spesso) in equipe multidisciplinare e lo stesso vale per il 76% dei TNPEE in libera professione.

Le professioni maggiormente rappresentate per le collaborazioni in ambito sanitario sono quella del logopedista (95%), del NPI (82%), dello psicologo (80%).

Ribadendo l'importanza della presa in carico globale va sottolineato che oltre l'87% degli intervistati collabora stabilmente con figure non sanitarie inserite nella rete dei servizi necessari ai soggetti in età evolutiva (insegnanti e/o educatori). Mentre troppo bassa è la percentuale di collaborazione con i pediatri di libera scelta (7,6%), figure basilari di riferimento per pazienti e famiglie, che accompagnano la crescita di ogni bambino. A questo proposito si auspica una promozione della collaborazione soprattutto tramite i canali istituzionali dell'Ordine e dei relativi Albi provinciali; questo gioverebbe sia alla diffusione della conoscenza della figura del TNPEE che all'aumento della qualità dei Servizi resi all'utente.

Ritengo importante inserire alcune riflessioni sulle competenze e l'identità dei TNPEE.

Dai dati del questionario si può osservare che il 58% degli intervistati possiede altro Titolo e tra questi il 41% ha conseguito una Laurea Magistrale e il 32% almeno un master. Il 57% degli intervistati

dichiara di aver ricevuto formazione EBM durante il percorso di studi universitari pari a un giudizio di valore soggettivo identificato come “molto” e “abbastanza” (il giudizio di valore “molto” più alto è associato ai professionisti provenienti da Unipi e corrisponde al 49%; i giudizi di valore “abbastanza” superiori al 50% sono associati ai professionisti provenienti da Unimib, Unipd, Unito). Tali osservazioni mostrano l’interesse dei TNPEE a proseguire gli studi oltre il percorso triennale e a restare aggiornati tramite il metodo dell’EBM. Sarebbe interessante a distanza di tempo rivalutare questi aspetti per osservare lo sviluppo del trend che, se fosse crescente, evidenzerebbe un accrescimento delle competenze dei TNPEE nel tempo.

Alla luce delle percentuali relative all’iscrizione degli intervistati a un’associazione tecnico-scientifica di categoria pari al 27%, si conferma l’osservazione personale espressa nell’introduzione riferita ad una ancora immatura identità professionale tra i professionisti TNPEE che, per essere consolidata, necessita di politiche professionali strutturate e partecipazione attiva di tutti i professionisti. Un primo passo in questa direzione è stato recentemente realizzato tramite il “I Congresso Commissione di Albo Nazionale dei TNPEE” tenutosi a Napoli il 27 e 28 maggio dal titolo “Emergenze in età evolutiva: la centralità del TNPEE nel progetto di salute life-course dall’età pediatrica all’adolescenza”. L’evento ha raggiunto il numero massimo di iscrizioni consentite in presenza oltre che una partecipazione consistente dei professionisti collegati a distanza. In relazione alla mia personale partecipazione all’evento e inerente allo studio da me condotto, è stato importante scoprire che fino a qualche anno fa molte regioni italiane esprimevano per i TNPEE fabbisogno pari a 0, dato che nel corso degli anni si sta modificando e probabilmente dovuto sia a motivi storici, legati a come su quei territori si rispondeva ai bisogni dei soggetti in età evolutiva, che a motivi di conoscenza della figura del TNPEE pertanto in qualche modo attribuibili anche alla “nostra responsabilità” del non farci presenti sul territorio.

In conclusione, ritengo che la realizzazione di questo studio possa essere utile a un percorso di crescita professionale comune, fornendo spunti di attivazione per i singoli professionisti e per l’Albo nazionale dei TNPEE basati sull’individuazione dei bisogni e delle criticità rilevate.

10. BIBLIOGRAFIA

- Abrunzo R., Cortese S.; Della Corte G.; Zecchi B.; “Il terapeuta della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva in Italia, in Europa e nel mondo: nascita, evoluzione e diffusione della figura professionale”
- Abbagnano N. (1995), Storia della filosofia. La filosofia moderna dei secoli XVII e XVIII, vol. 4, Milano, Tea.
- Ajuriaguerra J. (1974), Manuale di psichiatria del bambino, Milano, Masson.
- Ambrosini C., De Panfilis C. e Wille A.M. (1999), La Psicomotricità. Corporeità e azione nella costruzione dell’identità, Milano, Xenia Edizioni.
- Aucouturier B., Darrault I. e Empinet J.L. (1986), La pratica psicomotoria, Roma, Armando.
- Baumann E. (1873), L’educazione fisica nelle scuole specialmente elementari, Genova, Tipografia del R. Istituto Sordo-muti.
- Baumann E. (1913), Psicocinesia. Ovvero l’educazione dello spirito mediante quella del corpo, Roma, presso l’autore, Via Montebello 24.
- Beauchesne H. (1990), Storia della psicopatologia, Roma, Borla.
- Boncinelli E. (1999), Il cervello, la mente e l’anima, Milano, Mondadori.
- Bonifacio A. (2012), Editoriale – Ricordando Giovanni Bollea, «Psicomotricità», vol. 16, n. 1, pp. 3-4.
- Bonifacio A. (2016), Editoriale – Evoluzione di una figura professionale: vent’anni di TNPEE in Italia, «Psicomotricità», vol. 2, n. 1, pp. 3-6.
- Bonifacio A. e Santiani G. (2017), Editoriale – ANUPI TNPEE OGGI: realtà e prospettive, «Psicomotricità», vol. 3, n. 3, pp. 3-4.
- Borgogno Trucco E. (1992), Dall’osservazione al progetto terapeutico, Milano, Omega.
- Carli L. e Quadrio A. (1981) (a cura di), Clinica della Psicomotricità, Milano, Feltrinelli.
- Chiossoni A.M. (2015), Editoriale – Professione Psicomotricista, «Psicomotricità», vol. 1, n. 2, pp. 3-5.
- Fauché S. (1999), Du corps au psychisme. Histoire et épistémologie de la Psychomotricité, Parigi, Universitaires de France.
- Ferretti L. (1951), Angelo Mosso, apostolo dello sport, Milano, Garzanti
- Galletti F., Rampoldi, Sturniolo M.G. “Esperienza e formazione nella Terapia della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva: la nascita di una professione e di una metodologia riabilitativa”
- Ghillani E. (2012), Congresso Internazionale di Psicomotricità (Firenze, Maggio 1982): relazione conclusiva di Giovanni Bollea, «Psicomotricità», vol. 16, n. 1, pp. 5-8.
- Le Camus J. (1985), Pratiques psychomotrice. De la R.P.M. aux thérapies à médiation corporelle, Bruxelles, Margada.
- Lo Sapio G., Giovanni Bollea, fondatore della neuropsichiatria infantile italiana, scienziato e maestro di vita, Armando Editore, Roma, Armando Editore, 2012
- Maqgostini F., Maggiore P., Costantini I., La figura del TNPEE e la valutazione neuro e psicomotoria: Studio sull’evoluzione della valutazione neuro e psicomotoria e sua applicazione attraverso differenti casi clinici
- Mion C. (2012), Giovanni Bollea, maestro e nume tutelare, «Psicomotricità», vol. 16, n. 1, pp. 14-18.
- Nicolodi G. (1992), Maestra guardami, Bologna, Edizioni Scientifiche Csifra.

- Nicolodi G. (1994), “Maestra aiutami”, Bologna, Edizioni Scientifiche Csifra.
- Pascual A.M. e Montañés C.M. (2008), “La Psicomotricidad en España a través de la revista Psicomotricidad-Citap” (1981-1996), febbraio, Tesis doctoral, Facultat de Psicologia, Barcellona, Universitat de Barcelona.
- Pfanner P. e Marcheschi M. (2012), “Lo sviluppo psicomotorio nel bambino e le sue devianze nel pensiero clinico di Giovanni Bollea” ,«Psicomotricità», vol. 16, n. 1, pp. 9-13.
- Rampoldi P., “Le origini della riabilitazione attraverso i racconti delle prime terapiste della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva”
- Russo R.C. (1986), “Diagnosi, setting e progetto in terapia psicomotoria”,Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- Russo R.C. (2000), “Diagnosi e terapia psicomotoria”, Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- Sattler Y. (1979), “Basi teoriche delle Pscomotricità”, Parma, Edizioni Scientifiche Oppici.
- Torrani M.R. (2007), “Psicomotricità in Francia: l’esperienza di una Psicomotricista francese”, «Psicomotricità», vol. 11, n. 3, pp. 53-56.
- Torrani R. (2009), “Percorsi Professionali e realtà lavorative a confronto: interviste”, «Psicomotricità», vol. 13, n. 2, pp. 42-49.
- Ulmann G. (1967), Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi, Roma, Armando Editore.
- Vismara G. (2009), “Intervento psicomotorio e neuroPsicomotricità in Italia. Percorsi professionali e condizioni di lavoro: la situazione attuale” ,«Psicomotricità», vol. 13, n. 1, pp. 43-47.
- Wallon H. (1974), “L’origine del carattere del bambino” ,Roma, Editori Riuniti.
- Wallon H. (1984), “L’enfant turbulent: étude sur les retards et les anomalies du développement moteur mental”,Parigi, Quadrige, Presses Universitaires de France.
- Wernicke C. (1896), “Istituzioni di psichiatria. Lezioni cliniche”, Milano, Kantorowicz.
- Wille A.M. e Ambrosini C. (2010), “Manuale di terapia psicomotoria dell’età evolutiva”, Napoli, Cuzzolin.
- Wille A., e Ambrosini C., Manuale di terapia psicomotoria dell’età evolutiva.
- Binetti P. e Valente D. (1993), “Tradizione e innovazione nella formazione Universitaria delle Professioni Sanitarie: Il Core Curriculum, dal core contents al core competence”, Roma, Società Editrice Universo.
- Broggi F. (2008), Il setting pedagogico: la costruzione del progetto formativo nel Corso di Laurea della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva, «Psicomotricità», anno XII, n. 33, Trento, Erickson.
- Broggi F., Tagliabue L., Ricci C., Nacinovich R. e Monaco E. (2019), La formazione personale del terapeuta della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva nel corso di laurea dell’università di Milano-Bicocca: strumento di osservazione e valutazione, «Il Tnpee», vol. 1, n. 1, Trento, Erickson,
- Camaioni L. e Di Blasio P. (2002), Psicologia dello sviluppo, Bologna, il Mulino.
- Simion F., Di Giorgio E., Leo I. e Bardi L. (2011), The processing of social stimuli in early infancy: from faces to biological motion perception, Prog Brain Res.189:173-93, doi: 10.1016/B978-0-444-53884-0.00024-5, PMID: 21489389.
- Von Hofsten C. (2009), Action, the foundation for cognitive development, Scand J Psychol. Dec; 50(6):617-23, doi: 10.1111/j.1467-9450.2009. 00780.x, PMID: 19930261.
- Tagliabue Luca, Purpura Giulia, “Corpo e movimento nella formazione universitaria del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva”; Rivista Erickson “Il TNPEE”, Vol. 3, n. 2, novembre 2021, (pp. 68-77)
- “Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e della adolescenza”

11. SITOGRAFIA

www.aitne.it
www.anupitnpee.it
www.salute.gov.it
www.tsrn-pstrp.org
www.erickson.it
www.psicomot.ciserpp.com
www.ec.europa.eu
www.ilsole24ore.com
www.neurodevelopmentaltherapy.ie
www.psychomot.org
www.ndta.org
www.orientation-pour-tous.fr
www.psicomotricidad.com
www.psychomotorik-schweiz.ch
www.sanitainformazione.it
www.thepsychomotricity.com

12. ALLEGATI

QUESTIONARIO

TNPEE IN ITALIA: BISOGNI E CRITICITA'

Gentile collega, sono la TNPEE Monia Dominici, iscritta al Corso di Laurea Magistrale in “Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie” di UNIVPM.

Sono fortemente convinta che la nostra professione sia ancora troppo poco conosciuta e valorizzata sia dagli utenti che dai professionisti della salute.

Abbiamo bisogno di creare un'identità professionale solida, basata primariamente su qualità e omogeneità dei CdL e secondariamente sulla partecipazione attiva di tutti noi a questo processo identificativo.

Su questi presupposti nasce l'idea del mio elaborato di Tesi Magistrale “TNPEE in Italia: criticità e bisogni”.

Il seguente questionario ha l'obiettivo di raccogliere informazioni sulla formazione universitaria ricevuta e sull'ambito lavorativo di noi TNPEE italiani.

Quanti più dati potrò raccogliere ed elaborare tanto più l'analisi sarà reale, utile a valorizzare e tutelare la nostra professione, capace di rispondere alle criticità che ci riguardano.

*Certa di una sua collaborazione, resto a disposizione per info e chiarimenti
(dominicimonia@libero.it)*

Ringrazio anticipatamente per il tempo che mi dedicherà (5 minuti)

Tutti i dati raccolti saranno trattati e archiviati in maniera rigorosamente anonima ai sensi del regolamento UE 679/2016 e successive modifiche e integrazioni in materia di trattamento dati personali

DOMANDE:

Anno conseguimento titolo di Laurea (o equipollenza) *

2. Sede universitaria *

- ANCONA UNIVPM
- AQUILA UNIVAQ
- GENOVA UNIGE
- MESSINA UNIME
- MILANO UNIMI
- MILANO BICOCCA UNIMIB
- NAPOLI UNICAMPANIA
- PADOVA UNIPD
- PAVIA UNIPV
- PISA UNIPI

- ROMA GEMELLI UNICATT
- ROMA SAPIENZA UNIROMAI
- ROMA TOR VERGATA UNIROMA 2
- TORINO UNITO
- ALTRO

-Se hai selezionato altro, specifica la sede universitaria. Altrimenti procedi

3. Attualmente eserciti la professione di TNPEE? *

- SI
- NO

4. Anno immissione nel mondo del lavoro come TNPEE

5. Provincia prevalente in cui eserciti *

6. Albo di appartenenza *

7. Sei iscritto a un'associazione tecnico-scientifica di categoria?

- SI
- NO

8. Hai mai partecipato a un concorso/avviso pubblico? *

- SI, in quale regione?
- NO

9. Stato di occupazione attuale (indicare quello più corrispondente al ruolo ricoperto in modo prevalente)

- Occupato tempo indeterminato nel proprio profilo professionale
- Occupato tempo determinato nel proprio profilo professionale
- Occupato in libera professione nel proprio profilo professionale
- Occupato tramite agenzia/cooperativa nel proprio profilo professionale
- Occupato all'estero nel proprio profilo professionale
- Disoccupato
- Altro

10. Se occupato, indicare il tipo di struttura

- *Struttura pubblica ospedaliera/reparto*
- *Struttura pubblica ambulatoriale/distrettuale*
- *Struttura privata/convenzionata*
- *Libero professionista in studio associato*
- *Libero professionista in studio proprio*
- *Altro*

11. Indicare il nome della struttura o proseguire alla domanda successiva

12. Se occupato indicare il monte orario medio settimanale

- *Tempo pieno 36h*
- *Tempo pieno >36 h*
- *Tempo parziale 25-35 h*
- *Tempo parziale 19-24 h Tempo parziale <= 8 h*
- *Altro*

13. Lavori in equipe multidisciplinare stabilmente? *

- *Mai*
- *Quasi mai*
- *A volte*
- *Spesso*
- *Sempre*

14. Con quali figure collabori abitualmente? *

- *Medico NPI*
- *Medico Fisiatra*
- *Pediatra di libera scelta*
- *Psicologo*
- *Assistente Sociale*
- *Logopedista*
- *Fisioterapista*
- *Tecnico ortopedico*
- *Ortottista*
- *Educatore Professionale Insegnanti*
- *Altro*
- *Con nessun altro professionista*

15. Se hai spuntato anche la casella *ALTRO* scrivi le ulteriori professioni con le quali collabori. Altrimenti vai alla domanda successiva

16. Sei in possesso di altro Titolo oltre alla Laurea in TNPEE?

- *SI*
- *NO*

Se *SI*, quale?

- *Laurea Magistrale*
- *Master*
- *Altra laurea*
- *Corso di specializzazione*
- *Altro*

17. Attualmente in quali aree svolgi il tuo intervento *

- *Prevenzione*
- *Scuole*
- *Riabilitazione in ritardi psicomotori semplici*
- *Riabilitazione in disabilità intellettiva*
- *Riabilitazione in disturbi della comunicazione*
- *Riabilitazione in disturbo dello spettro autistico*
- *Riabilitazione in disturbo da deficit di attenzione/iperattività*
- *Riabilitazione in disturbo specifico dell'apprendimento*
- *Riabilitazione in disturbi del movimento (DCM)*
- *Riabilitazione visiva*
- *Riabilitazione patologie neuromotorie (PCI, neuromuscolari...)*
- *Riabilitazione neurosensoriale*
- *Abilitazione/riabilitazione nei pretermine*
- *Riabilitazione in sindromi genetiche*
- *Tutor tirocinio*
- *Ricerca*
- *Dirigenza*
- *Altro*

18. Se hai selezionato anche *ALTRO* scrivi le ulteriori aree in cui svolgi il tuo intervento. Altrimenti passa alla domanda successiva.

19. Attualmente qual' è la fascia d'età di cui maggiormente (>50%) ti occupi?

- 0-2 anni
- 3-5 anni
- 6-8 anni
- 9-12 anni
- >12 anni
- Non lavoro con il paziente

20. Ritieni che il percorso di formazione universitaria sia stato adeguato ai fini dell'esercizio della professione?

- Affatto
- Poco
- Abbastanza
- Molto

21. Se hai risposto affatto o poco, perché?

22. Secondo la tua esperienza universitaria e lavorativa, quali aree di studio dovrebbero essere maggiormente trattate nei CDL TNPEE?

- Normosviluppo
- Evoluzione del gioco
- Ritardi psicomotori semplici
- - Disabilità intellettiva
- Disturbi della comunicazione
- ADHD
- DSA
- Disturbi della coordinazione motoria
- -Patologie neuromotorie
- Patologie neurosensoriali
- Patologie visive
- Studio del pretermine
- Sindromi genetiche
- Autismo
- Altro

23. Se tra le opzioni hai selezionato ALTRO, quali aree andrebbero maggiormente trattate?

24. La tua formazione universitaria prevedeva un percorso di mediazione corporea (esercitazioni pratiche/laboratori/tecniche)?

- *SI*
- *NO*

25. Se sì, ritieni sia stato rilevante per la tua professione? *

- *Affatto rilevante*
- *Poco rilevante*
- *Abbastanza rilevante*
- *Molto rilevante*

26. Ritieni che il tirocinio previsto dal CDL sia stato rilevante per svolgere la tua professione con competenza?

- *Affatto rilevante*
- *Poco rilevante*
- *Abbastanza rilevante*
- *Molto rilevante*

27. Se hai risposto affatto rilevante o poco rilevante, perché?

28. Durante il CDL in TNPEE hai avuto una formazione basata sull' Evidence Based Medicin

- *Affatto*
- *Poco*
- *Abbastanza*
- *Molto*

29. Pratici attualmente la professione considerando l' Evidence Based Medicine?

- *Affatto*
- *Poco*
- *Abbastanza*
- *Molto*

30. Scrivi una parola/verbo/aggettivo che, secondo te, rappresenta la nostra professione di TNPEE

GRAZIE!

IL QUESTIONARIO È TERMINATO!

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio per primo le tante piccole “me”...

me studentessa, me professionista, me mamma, me moglie, me amica, me sorella, me figlia...tutte hanno saputo fare squadra: laddove una me annaspava, l'altra sapeva tirarla fuori dai mari in tempesta; quando una me stava per mollare la presa, l'altra la incoraggiava; se i livelli di stress di una me arrivavano ad essere insostenibili, l'altra le alleggeriva l'animo con giochi, danza, cose buone da mangiare, risate, musica, lunghi giri in bicicletta.

E insieme alle tante me, ringrazio tutti i miei “accanto”, mai un passo avanti né uno indietro, sempre e solo accanto!

Accanto è Massimo nelle ore concitate del mattino e della sera, nelle ore fatte di stanchezza davanti allo schermo del computer, nelle ore dei viaggi interminabili che lui ha passato alla guida e io a studiare e inviare questionari. Sei stato fondamentale per il raggiungimento di questo traguardo!

Accanto sono Maria e Mina, che hanno saputo lasciare un pezzetto di mamma per sostenere a loro modo questo percorso universitario. Non è stato facile nemmeno per voi, lo so! Qualche lacrima e un po' di dispiacere intravisti nei vostri occhi oggi lasciano il posto alla gioia, alla fierezza, alla soddisfazione che solo un traguardo raggiunto possono dare. Avete camminato con me e spero che questa nostra esperienza vi sia da esempio per percorrere con determinazione le vie dei vostri desideri e dei vostri progetti, qualsiasi essi siano!

Accanto sono le amiche e gli amici, che in questi due anni ho visto un po' meno ma che, sanno, essere stati coltivati nel cuore. Adesso possiamo concederci tutto il tempo che desideriamo e godere insieme dell'estate con tranquillità e spensieratezza!

Accanto sono i colleghi della magistrale, in senso concreto oltre che figurato. Senza di voi lo sforzo sarebbe stato doppio e la meta molto più lontana. Grazie di vero cuore!

Accanto sono tutti i colleghi di lavoro che hanno incrociato la mia strada: TNPEE, logopedisti, fisioterapisti, NPI, fisiatri, psicologi. Siete stati, siete e sarete per tutta la mia carriera “fari”, confronto, supporto!

Accanto è Sara, amica, collega di lavoro e di magistrale. Con te ho iniziato il viaggio e anche se questo elaborato di tesi è per me una meta raggiunta, io aspetto te per concludere il viaggio!

Accanto sono Michela, Maurizia, Emilia, Frida, Dea, Daniele, mamma e babbo...una tribù di cuori buoni che hanno riempito i sabati e le domeniche di sollievo, sorrisi e buona compagnia dimostrando anche senza parlare che in me ci credono. Siete la mia certezza e la mia forza!

Accanto sono i bambini e le famiglie che da 18 anni mi dimostrano gratitudine, che si fidano e affidano, che hanno contribuito a far accrescere la passione per il mio lavoro. Tante preziose lezioni di vita le ho imparate da voi!

E infine, l'ultimo accanto solo in elenco e ordine cronologico ma non per importanza, è un accanto accademico. Grazie Professoressa D'Antuono per la guida, gli attestati di stima, la disponibilità e l'entusiasmo che ha riservato nei miei confronti!