



Comportamenti Problematici o Disturbi Mentali? Una falsa dicotomia

Luigi Croce
CSPDM Onlus Brescia , Eboli
Università Cattolica, Brescia



Premessa: l'annosa questione

- I comportamenti problematici originano all'interno del disturbo mentale?
- I comportamenti problematici esprimono invariabilmente una reazione disadattiva ad uno stimolo esterno o interno?

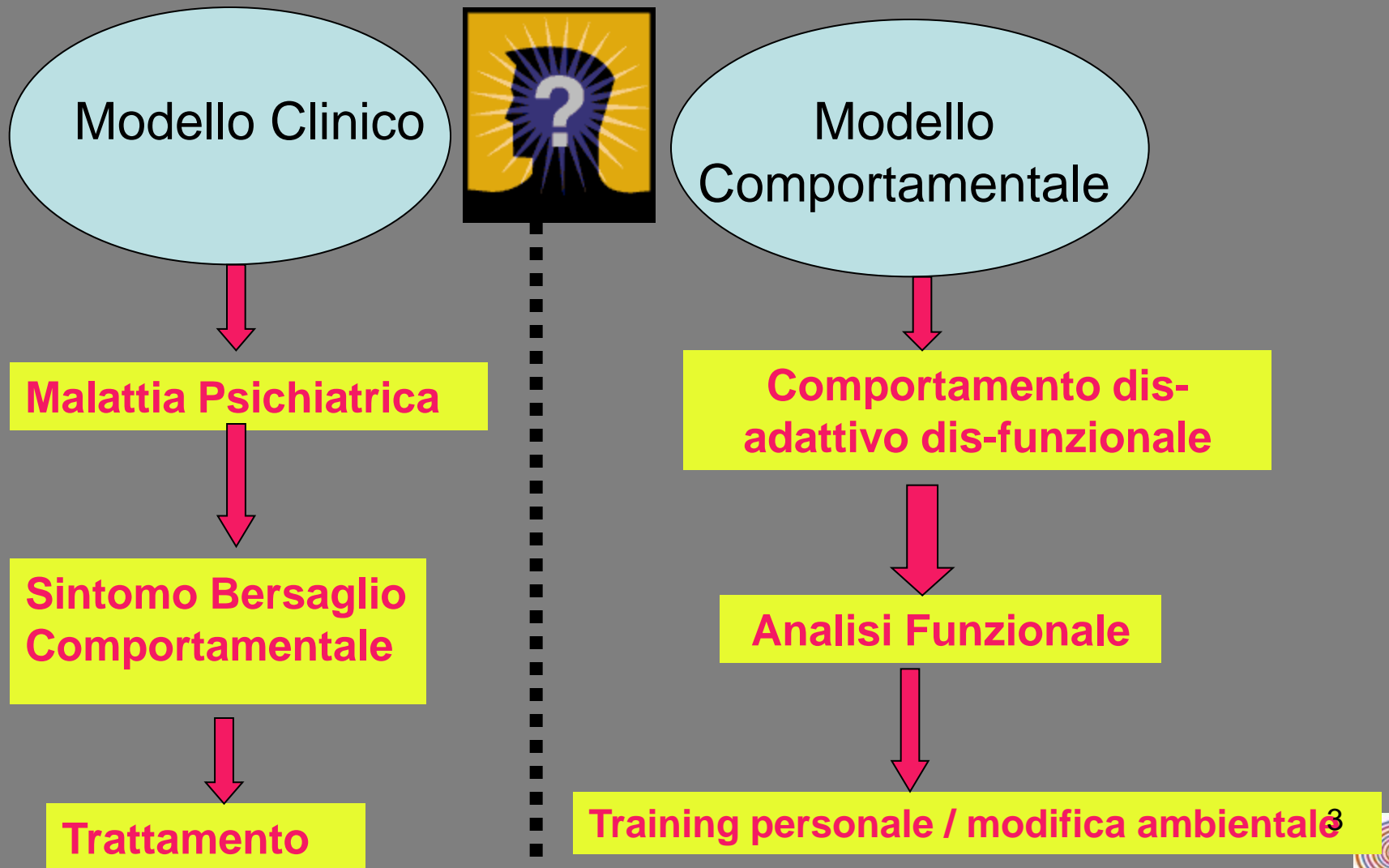


Soluzione

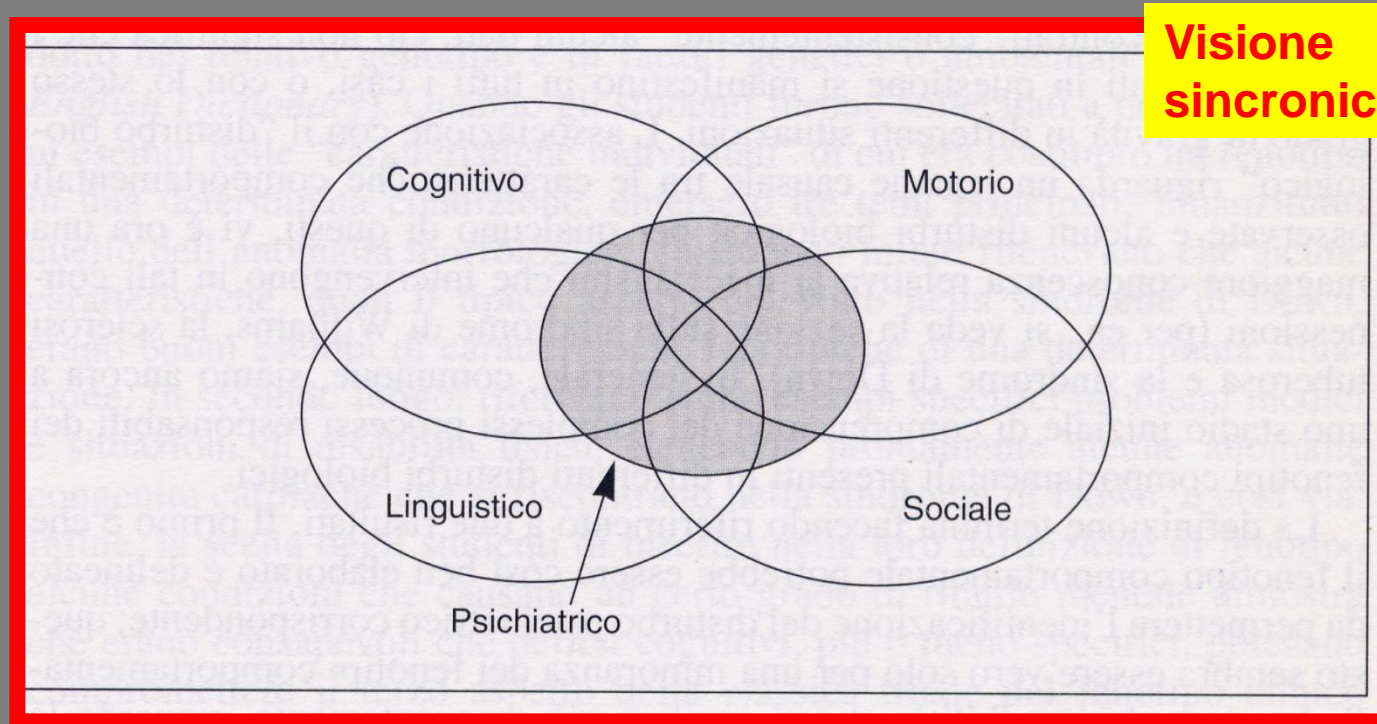
- Diagnosi clinica e comportamentale corrette e congruenti
- Piani di Trattamento adeguati



Approccio tradizionale dicotomico alla Psicopatologia della Disabilità Intellettuale



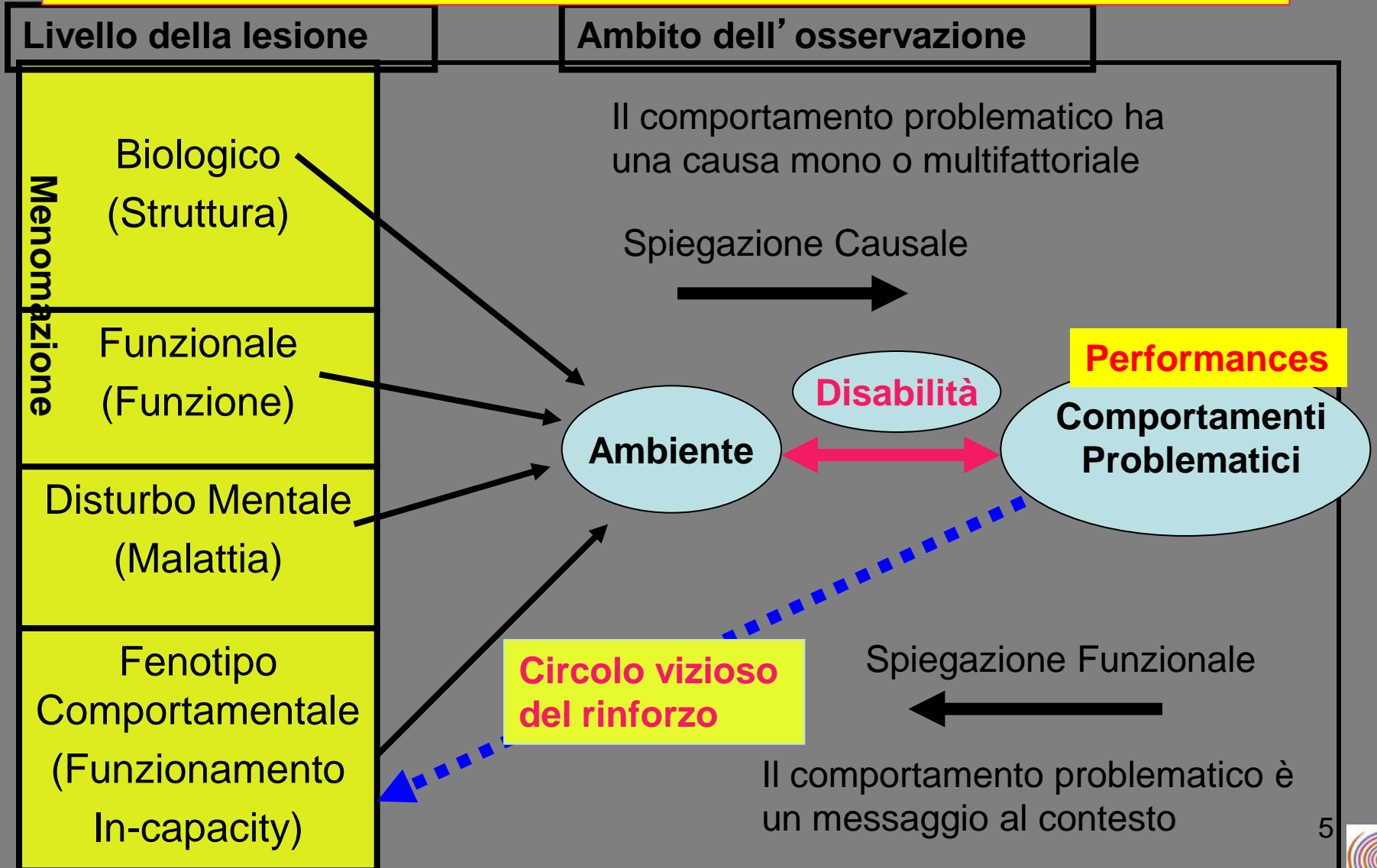
Fenotipo comportamentale
tipico quadro clinico di anomalie motorie, cognitive, di linguaggio
e sociali, strettamente associato ai disturbi biologici. In alcuni casi
si può costituire un disturbo psichiatrico



Esiste già un modello integrato di spiegazione della
fenomenologia psicopatologica in corso di DI



Apprendimento sulla base della Memoria Procedurale



**PSICOPATOLOGIA,
COMPORTAMENTI
PROBLEMA E DISABILITA'
INTELLETTIVA:
valutazione ed intervento**

Luigi Croce MD



INCIDENZA DI DIAGNOSI PSICHIATRICA NELLA D.I.

DIVERSI STUDI EPIDEMIOLOGICI INDICANO LA PARTICOLARE SUSCETTIBILITÀ DELLE PERSONE CON DISABILITA' INTELLETTIVA ALLA PATOLOGIA PSICHIATRICA CON UN INCIDENZA DI DISTURBI PSICHIATRICI DA 5 A 7 VOLTE SUPERIORE RISPETTO ALLA POPOLAZIONE GENERALE. LO STUDIO STORICO DI RUTTER E COLLEGGHI (RUTTER ET AL., 1979), HA INDIVIDUATO NELLA POPOLAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA CON DISABILITA' INTELLETTIVA UNA PERCENTUALE TRA IL 30% E IL 42% DI SOGGETTI CON DISTURBI PSICHIATRICI CONTRO IL 7% DELLA POPOLAZIONE SENZA D.I.

UN'ANALOGA INCIDENZA SI RISCONTRA NELLO STUDIO DI PARSON E COLLEGGHI (PARSON ET AL., 1984) NEGLI USA, CHE INDIVIDUA DISTURBI PSICHIATRICI MAGGIORI NELL'8-15% DEI SOGGETTI CON DISABILITA' INTELLETTIVA , MENTRE DISTURBI PSICHIATRICI MINORI SONO RISCONTRATI IN UNA PERCENTUALE SUPERIORE AL 50%.



GRAVITA' DELLA D.I. E CORRELAZIONE CON I DISTURBI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI

LA NATURA DEI DISTURBI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI APPARE CORRELATA ALLA GRAVITÀ DELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA :

NEI SOGGETTI CON D.I. LIEVE E MEDIA PREVALGONO DISTURBI DELLA CONDOTTA, DISTURBI DELL'UMORE DI TIPO DEPRESSIVO, DISTURBI ANSIOSI, OSSESSIVO-COMPULSIVI E DEFICIT ATTENTIVI

NEI SOGGETTI CON D.I. PIU' GRAVE PREVALGONO DISTURBI COMPORTAMENTALI DI TIPO AUTISTICO, STEREOTIPIE, CONDOTTE AGGRESSIVE E SINTOMI SCHIZOFRENICI.

QUESTI DISTURBI SONO INOLTRE CORRELATI A SPECIFICI FATTORI DI RISCHIO QUALI LA PRESENZA DI UN DISTURBO NEUROLOGICO ASSOCIATO E CARENZE DI ACCUDIMENTO E/O ATTEGGIAMENTI INADEGUATI IN AMBITO FAMILIARE E SOCIALE.



DUNQUE:

**L' INCIDENZA DI QUADRI PSICOPATOLOGICI NEI
SOGGETTI CON DISABILITA' INTELLETTIVA E'
ELEVATA**

**LA PRESENZA DI COMPONENTI
PSICOPATOLOGICHE NEL CASO DI PERSONE
CON DISABILITA' INTELLETTIVA E' DA 4 A 6
VOLTE SUPERIORE RISPETTO AL CAMPIONE
DELLE PERSONE A SVILUPPO TIPICO**



**I QUADRI PSICOPATOLOGICI NELLA DISABILITA'
INTELLETTIVA SONO SPESSO SFUMATI E
COMPLICATI DA ELEMENTI PROPRI DEL
DEFICIT COGNITIVO**



Psicopatologia nella Disabilità Intellettiva: di che cosa si tratta?

- **Comorbidity Psichiatrica associata alla Disabilità Intellettiva**
- **Fenomenologia Psicopatologica propria della Disabilità Intellettiva**
- **Disabilità Intellettiva come Diagnosi Complessa**



Psicopatologia nella Disabilità Intellettiva: di che cosa si tratta?

- Comorbilità Psichiatrica nella Disabilità Intellettiva **Doppia Diagnosi**

Psicopatologia del comportamento

ia F
Disa

Fenotipi psicopatologici delle Sindromi genetiche

- Disabilità Intellettiva come Diagnosi

Interazione originale tra primary cognitive deficit, fattori di personalità, vulnerabilità bio-psico-sociale, esposizione ai fattori di rischio per la psicopatologia, tentativi di compenso/adattamento



**LE CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI,
ICD - 10 E DSM - IV° ,
SONO FONDAMENTALI PER FAVORIRE
LA TRASMISSIONE DEI DATI, ANCHE SE
NON DEL TUTTO SODDISFACENTI
NELL' INQUADRAMENTO DEI PAZIENTI CON
DISABILITA' INTELLETTIVA**



I Sistemi di Classificazione e di Codifica Diagnostica

- DSM-IV-TR
- ICD-10 Guide for Mental Retardation
- ICF

Un discorso a parte deve essere fatto per la:

- X° Edizione del Sistema di definizione, classificazione e sistemi di sostegno dell' AAMR



Le persone con Disabilità Intellettiva:

Rappresentano una frazione importante della popolazione in generale	Prevalenza in età scolare: 1.5-5.5 %
Si riconoscono cause diverse che producono un deficit cognitivo primario	ICD 10 classifica più di 100 condizioni mediche associabili eziologicamente alla Disabilità Intellettiva
Livelli diversi di gravità	Lieve Moderato Grave Profondo
Associazione frequente con disturbi gravi del comportamento	Aggressività 21.5 % Autolesionismo 15.3 % Stereotipie 8.7 % Capricciosità/pianto 13.8-20.7 %



Le persone con Disabilità Intellettiva:

Malattie mentali associate	Schizofrenia 7% Depressione 40% Sindromi psichiche 4-6 volte più frequenti che nella popolazione generale
Polihandicap disabilità multiple plurisensoriali e motorie	Prevalenza tra 0.5 e 3.8 /1000 Deficit visivo 10 % Deficit uditivo 12.3 %
Malattie somatiche associate	Iperensione 6.1% Cardiopatie 3.2 % fino al 9.7% a 50 anni Disturbi gastrointestinali 7.1 % Effetti collaterali da psicofarmaci ?
Rischio per sfruttamento sessuale e violenza fisica e sessuale	Decisamente superiore che per la popolazione generale (“raggirabilità”)



Decorso della Disabilità Intellettiva

- **Impegnativo lungo tutte le fasi del ciclo di vita**
- **Esordio infantile con compromissione familiare a livello prenatale**
- **Emergenze comportamentali**
- **Emergenze cliniche**
- **Accumulo progressivo di problematiche cliniche e policronicità**
- **Ricorsività persistente dei bisogni**
- **Impatto massiccio sulla famiglia e sulla comunità**



ICD-10 Guide for Mental Retardation Ginevra, 1996

Asse I	Gravità del RM e problemi di comportamento
Asse II	Condizioni mediche associate
Asse III	Disturbi psichiatrici associati
Asse IV	Valutazione globale della disabilità psicosociale
Asse V	Situazioni psicosociali anormali associate



Asse I Gravità del RM

- F70 RM lieve QI 50-69
- F71 RM moderato QI 35-49
- F72 RM grave QI 20-34
- F73 RM profondo QI < 20
- F78 RM altro
- F79 RM non specificato



Asse I (Problemi di Comportamento)

F7X.0	Nessuna o minima compromissione del comportamento
F7X.1	Compromissione significativa del comportamento tale da richiedere attenzione o trattamento
F7X.8	Altre compromissioni del comportamento
F7X.9	Senza menzione di compromissione del comportamento
F7X.11	Autolesionismo
F7X.12	Pica
F7X.13	Ipercinesia
F7X.14	Vagabondaggio e tendenza a nascondersi
F7X.15	Aggressività
F7X.16	Tiraggio dei capelli

**Altri Problemi di
comportamento**



**I PRINCIPALI DISTURBI
ASSOCIATI ALLA D.I.:
DISTURBI DELLA
CONDOTTA
E
DISTURBI DI
PERSONALITA'**



SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI NELL' INFANZIA E NELL' ADOLESCENZA

- DISTURBO DELLA CONDOTTA**
- DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO**
- DISTURBI MISTI DELLA CONDOTTA E DELLA SFERA EMOZIONALE**
- DISTURBI DELLA SFERA EMOZIONALE**
- DISTURBI DELL' ATTACCAMENTO**



Disturbo della condotta

- A. Una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violati, come manifestato dalla presenza di tre (o più) dei seguenti criteri nei 12 mesi precedenti, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi: aggressioni a persone o animali; distruzione della proprietà; frode o furto; gravi violazioni di regole.**
- B. L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.**
- C. Se il soggetto ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità**



Disturbo Oppositivo Provocatorio

La caratteristica fondamentale del DOP è una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente, ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi ; ed è caratterizzato da frequente insorgenza di almeno uno dei seguenti comportamenti: perdita di controllo, litigi con gli adulti, opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole degli adulti, azioni deliberate che danno fastidio agli altri, accusare gli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento, essere suscettibile o facilmente infastidito dagli altri, essere collerico e risentirsi, o essere dispettoso o vendicativo. Per definire il Disturbo Oppositivo Provocatorio, i comportamenti devono manifestarsi più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente nei soggetti di età e livello di sviluppo paragonabili e devono comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.



DISTURBI MISTI DELLA CONDOTTA E DELLA SFERA EMOZIONALE

**QUESTO GRUPPO DI DISTURBI E' CARATTERIZZATO
DALLA COMBINAZIONE DI UN COMPORTAMENTO
PERSISTENTEMENTE AGGRESSIVO, ANTISOCIALE O
PROVOCATORIO CON PALESI E MARCATI SINTOMI
DI DEPRESSIONE, ANSIA O ALTRI DISTURBI
EMOZIONALI**



Disturbo d' ansia di separazione

La manifestazione fondamentale del Disturbo d'Ansia di Separazione è un'ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o da coloro a cui il soggetto è attaccato . Quest'ansia va al di là di quella prevedibile in base al livello di sviluppo del soggetto. L'anomalia deve durare almeno 4 settimane, iniziare prima dei 18 anni e causare disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, scolastica (lavorativa), o di altre aree importanti del funzionamento .



DISTURBO REATTIVO DELL' ATTACCAMENTO DELL' INFANZIA

La caratteristica fondamentale del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento è una modalità di relazione sociale, notevolmente disturbata e inadeguata rispetto al livello di sviluppo, che si manifesta in quasi tutti i contesti, che inizia prima dei 5 anni ed è associata ad un accudimento grossolanamente patologico. Ci sono due tipi di sintomatologia clinica. Nel **Tipo Inibito**, il bambino è persistentemente incapace di dare inizio alla maggior parte delle interazioni sociali e di rispondere ad esse in maniera adeguata al suo livello di sviluppo. Il bambino mostra modalità di risposta eccessivamente inibite, ipervigili, o altamente ambivalenti (per es., attenzione fredda, resistenza alle tenerezze o un misto di approccio ed evitamento) . Nel **Tipo Disinibito**, vi è una modalità di attaccamento diffuso. Il bambino mostra socievolezza indiscriminata o una mancanza di selettività nella scelta dei personaggi di attaccamento.



DISTURBI DI PERSONALITA'

Personalità:

Modalità perdurante di percepire, rapportarsi, o pensare a sé stesso e all'ambiente. I tratti di personalità sono aspetti rilevanti della personalità che vengono mostrati in un'ampia gamma di contesti sociali e personali importanti. Solo quando sono rigidi e maladattivi, e causano menomazione funzionale significativa o disagio soggettivo, i tratti di personalità configurano un Disturbo di Personalità.

Un Disturbo di Personalità rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo, e determina disagio o menomazione.



Il Disturbo Paranoide di Personalità è un quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.

Il Disturbo Schizoide di Personalità è un quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità è un quadro caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, ed eccentricità nel comportamento.



Il Disturbo Antisociale di Personalità è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri.

Il Disturbo Borderline di Personalità è un quadro caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.

Il Disturbo Istrionico di Personalità è un quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione.

Il Disturbo Narcisistico di Personalità è un quadro caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia.



Il Disturbo Evitante di Personalità è un quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità ai giudizi negativi.

Il Disturbo Dipendente di Personalità è un quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità è un quadro caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo.



Il Disturbo di Personalità **Non Altrimenti Specificato è una categoria a disposizione per due situazioni:**

1) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, e sono presenti tratti di vari Disturbi di Personalità diversi, ma non risultano soddisfatti i criteri per nessuno specifico Disturbo di Personalità;

oppure

2) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, ma l'individuo viene considerato affetto da un Disturbo di Personalità non incluso nella Classificazione (per es., disturbo passivo-aggressivo di personalità).



**I PRINCIPALI DISTURBI
ASSOCIATI ALLA D.I.:
PSICOSI
E
DISTURBI AFFETTIVI**



SCHIZOFRENIA

I sintomi caratteristici della Schizofrenia comportano uno spettro di disfunzioni cognitive ed emotive che comprende: la percezione, il pensiero deduttivo, il linguaggio e la comunicazione, il controllo del comportamento, l'affettività, la fluidità e la produttività del pensiero e dell'eloquio, la capacità di provare piacere, la volontà e l'iniziativa, e l'attenzione. Nessun singolo sintomo è patognomonico della Schizofrenia; la diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati a menomazione del funzionamento sociale o lavorativo.



I sintomi caratteristici si possono concettualmente far ricadere in due ampie categorie: **positiva** e **negativa**. I sintomi positivi sembrano riflettere un eccesso o una distorsione di funzioni normali, mentre i sintomi negativi sembrano riflettere una diminuzione o una perdita di funzioni normali. I sintomi positivi includono distorsioni o esagerazioni del pensiero deduttivo (deliri), della percezione (allucinazioni), del linguaggio e della comunicazione (eloquio disorganizzato), e del controllo del comportamento (comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico).

I sintomi negativi riguardano restrizioni nello spettro e nell'intensità delle espressioni emotive (appiattimento dell'affettività), nella fluidità e nella produttività del pensiero e dell'eloquio (alogia), e nell'iniziare comportamenti finalizzati a una meta (abulia).



Sottotipi della Schizofrenia

- **Tipo Paranoide**
- **Tipo Disorganizzato**
- **Tipo Catatonico**
- **Tipo Indifferenziato**
- **Tipo Residuo**



Il **Disturbo Schizofreniforme** è caratterizzato da un quadro sintomatologico equivalente a quello della Schizofrenia eccetto che per la sua durata (per es., il disturbo dura da uno a sei mesi) e per l'assenza del requisito che prevede un deterioramento del funzionamento.

Il **Disturbo Schizoaffettivo** è un disturbo nel quale un episodio di alterazione dell'umore e i sintomi della fase attiva della Schizofrenia ricorrono assieme e sono preceduti o seguiti da almeno due settimane di deliri o allucinazioni senza rilevanti sintomi della sfera affettiva.

Il **Disturbo Delirante** è caratterizzato da almeno un mese di deliri non bizzarri in assenza di altri sintomi della fase attiva della Schizofrenia.



DISTURBI DELL' UMORE

La sezione Disturbi dell'Umore comprende i disturbi che hanno come caratteristica predominante un'alterazione dell'umore.

UMORE

Emozione pervasiva e prolungata che colora la percezione del mondo. Gli esempi comuni di umore comprendono depressione, esaltazione, rabbia e ansia. A differenza di affetto, che si riferisce a cambiamenti più fluttuanti del "clima" emotivo, umore si riferisce a una "atmosfera" emotiva più pervasiva e durevole.

I tipi di umore comprendono:

DISFORICO Umore spiacevole, come tristezza, ansia, o irritabilità.

ESALTATO Sentimento esagerato di benessere, euforia, o esaltazione. Una persona con l'umore esaltato può riferire di sentirsi "su", "in estasi", o "al settimo cielo".

ESPANSIVO Mancanza di inibizione nell'esprimere i propri sentimenti, spesso accompagnata da sopravvalutazione della propria importanza o significato.

EUTIMICO Umore nei "limiti della norma", il che comporta l'assenza di depressione o di esaltazione.

IRRITABILE Facilità ad irritarsi e ad arrabbiarsi.



Il Disturbo Depressivo Maggiore è caratterizzato da uno o più Episodi Depressivi Maggiori (per almeno due settimane umore depresso o perdita di interesse, accompagnati da almeno altri quattro sintomi depressivi).

Il Disturbo Distimico è caratterizzato dalla presenza per almeno due anni di umore depresso quasi ogni giorno, accompagnato da altri sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore.



SINTOMI DELLA DEPRESSIONE

- 1) **umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). Nota Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile**
- 2) **marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri)**
- 3) **significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. Nota Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali**
- 4) **insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno**
- 5) **agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)**
- 6) **faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno**
- 7) **sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato)**
- 8) **ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri)**
- 9) **pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.**



Il Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato viene incluso per codificare i disturbi con manifestazioni depressive che non soddisfano i criteri per Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Distimico,

Il Disturbo Bipolare I è caratterizzato da uno o più Episodi Maniacali o Misti, solitamente accompagnati da Episodi Depressivi Maggiori.



Il Disturbo Bipolare II è caratterizzato da uno o più Episodi Depressivi Maggiori accompagnati da almeno un Episodio Ipomaniacale.

Il Disturbo Ciclotimico è caratterizzato dalla presenza, per almeno due anni, di numerosi periodi con sintomi maniacali che non soddisfano i criteri per l'Episodio Maniacale e di numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per l'Episodio Depressivo Maggiore.

Il Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato viene incluso per codificare i disturbi con manifestazioni bipolari che non soddisfano i criteri per alcuno specifico Disturbo Bipolare definito in questa sezione (o i sintomi bipolari sui quali siano disponibili informazioni inadeguate o contraddittorie).



SINTOMI MANIACALI

- 1) autostima ipertrofica o grandiosità
- 2) diminuito bisogno di sonno (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno)
- 3) maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare
- 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
- 5) distraibilità (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti)
- 6) aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale), oppure agitazione psicomotoria
- 7) eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).



Il Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale è caratterizzato da una notevole e persistente alterazione dell'umore ritenuta una diretta conseguenza fisiologica di una condizione medica generale.

Il Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze è caratterizzato da una notevole e persistente alterazione dell'umore ritenuta una diretta conseguenza fisiologica di una droga, di abuso di un farmaco, di un altro trattamento somatico per la depressione o dell'esposizione ad una tossina.



**I PRINCIPALI DISTURBI
ASSOCIATI ALLA D.I.:
DISTURBI GENERALIZZATI
DELLO SVILUPPO**



Disturbi pervasivi dello sviluppo: forme cliniche secondo DSM-IV

- A) Disturbo autistico
- B) Disturbo di Rett
- C) Disturbo disintegrativo dell'infanzia
- D) Disturbo di Asperger
- E) Disturbi generalizzati dello sviluppo non altrimenti specificati



Altre sindromi connesse allo spettro autistico (su base genetica identificata):

Sindrome di Williams

Sindrome di Landau/Kleffner

Sindrome da X fragile





CSPDM Onlus



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Contatti

Centro Studi

Psico Medico Pedagogico della Mediazione

Presidente Vito Bardascino

Via S. Bernardino, 28/a Eboli (Sa)

Via Cipro, 96 Brescia (Bs)

www.cspdm.org

- Luigi Croce

Direttore Scientifico

luigi.croce@unicatt.it

luigi.croce57@libero.it

luluigi.croce@cspdm.org

Tel. 338 6669006

- Federica Di Cosimo

Direttore

federica.dicosimo@unicatt.it

federica.dicosimo@istruzione.it

federica.dicosimo@cspdm.org