



Dr.ssa Donatella Arcangeli

Medico chirurgo

Specialista in Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

Fachärztin für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie



Comportamento provocatorio: intervento psichiatrico si o no?

*ADOLESCENTI
AGGRESSIVI*



Dr. Donatella Arcangeli

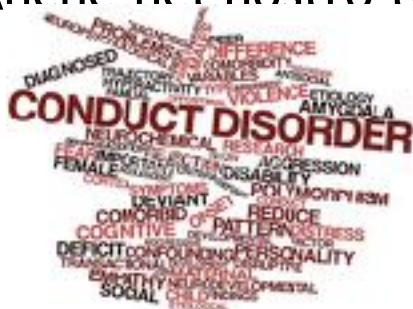
Medico specialista in Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza



AGGRESSIVITA' E RICERCA

Un recente documento del *Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani* degli Stati Uniti ha segnalato con urgenza l'aumento di problemi di condotta e di aggressività in età evolutiva. Oltre **5 milioni** di bambini o adolescenti nell'UE colpiti da disturbi psichiatrici comuni che presentano tratti aggressivi, come nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) o nel disturbo della condotta (CD).

Anche nel nostro territorio questi disturbi sono in aumento.





È importante sottolineare che le *alterazioni nel funzionamento sociale* e i *disturbi da uso di sostanze* sono tra le conseguenze adulte di queste patologie, con *costi* associati che sono di gran lunga superiore a quelli investiti per la cura dei disturbi dell'infanzia



Questo problema può essere considerato di salute pubblica a causa delle sue ricadute nel sociale, considerato anche il *costo finanziario del trattamento e della riabilitazione.*

Ciò rende indispensabile uno studio accurato di questi comportamenti patologici per poter mettere in atto *prevenzioni secondarie efficaci*, in grado di bloccare una possibile pericolosa evoluzione.



E' in corso un importante studio europeo che mira ad indagare le basi biologiche sia dell'**aggressività reattiva** (emotiva, impulsiva) sia delle **presentazioni proattive dell'aggressività**, lavorando su soggetti umani e in modelli animali.

Ciò comporterà **diversi livelli di esame** tra cui

- ❑ genetica
- ❑ immagine cerebrale
- ❑ epigenetica
- ❑ lavoro su linee cellulari neuronali derivate da cellule staminali
- ❑ valutazioni cognitive e comportamentali





ADOLESCENTI AGGRESSIVI: Spunti di riflessione

- ❑ L' 'aggressività' in adolescenza é un comportamento o una malattia? Un atteggiamento o un sintomo?
- ❑ Gli adolescenti aggressivi erano bambini aggressivi?
- ❑ Gli adolescenti aggressivi diventeranno adulti aggressivi?
- ❑ Gli adolescenti aggressivi hanno sempre una diagnosi psichiatrica?
- ❑ Tutti gli adolescenti aggressivi sono “trattabili” ?
- ❑ Adolescente in pericolo? adolescente predatore? adolescente frustrato?



ADOLESCENTE AGGRESSIVO

Adolescente con

- ❑ ***crisi di ira*** (esplosive, incontrollate , non episodiche, isolate)
- ❑ ***aggressività verbale e/o fisica verso oggetti e/o persone*** (auto/eterodiretta)





AGGRESSIVITA'

DEFINIZIONE

«Tendenza, presente sia nell'uomo che nell'animale, a manifestare un comportamento finalizzato a combattere qualsiasi fenomeno minacci l'integrità dell'organismo e/o tesa a provocare danno ad altri»

EZIOLOGIA

origine multifattoriale dei comportamenti violenti che dipende da *interazione di diversi fattori* (biologici, culturali, sociali) che possono modificare la espressione del comportamento umano.



I bambini che presentano tali difficoltà sono a **rischio** per lo sviluppo di

- ❑ *comportamenti violenti*
- ❑ *problemi di salute mentale*
- ❑ *abbandono scolastico*
- ❑ *abuso di sostanze*
- ❑ *difficoltà occupazionali*
- ❑ *problemi familiari e di coppia*
- ❑ *possibilità di mettere in atto azioni criminali in età adolescenziale e adulta.*

Una delle possibili e peggiori evoluzioni durante l'**età adulta** dei problemi della condotta è il ***Disturbo Antisociale di Personalità.***





AGGRESSIVITÀ IN ETÀ PREPUBERERE

Spesso viene eccessivamente tollerata, giustificata dall'età del bambino

RINFORZO NEGATIVO

“Quando ho un fastidio , disagio , non mi trovo bene, non voglio fare io che mi chiedono sono autorizzato a essere violento”

Arrivati in pubertà sara' difficile che gli interventi terapeutici siano efficaci in un disturbo del comportamento cosi' radicato!



QUADRI CLINICI con AGGRESSIVITA'

- ❑ Disturbi del neurosviluppo: ADHD, AUTISMO
- ❑ Disturbi dirompenti: DC, DOP, Disturbo Esplosivo Intermittente
- ❑ Ritardo mentale
- ❑ Disturbi affettivi/ Disturbi d'ansia (Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente)
- ❑ Disturbi da uso di sostanze
- ❑ Disturbi disregolazione emotiva (Disturbo Post-Traumatico)
- ❑ Disturbi di Personalità (Disturbo Borderline di Personalità)





ADHD CRITERI DSM5

DISATTENZIONE

- a. spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività
- b. Difficoltà a mantenere attenzione sui compiti o attività di gioco
- c. Spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente
- d. Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro
- e. Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività
- f. Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi nei compiti che richiedono sforzo mentale protratto
- g. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività
- h. Spesso è facilmente distratto da stimoli esterni
- i. È spesso sbadato nelle attività quotidiane

IPERATTIVITÀ E IMPULSIVITÀ

- a. Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia
- b. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti
- c. Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato
- d. Spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente
- e. Spesso sotto pressione, agendo come se fosse azionato da un motore
- f. Spesso parla troppo
- g. Spesso spara una risposta prima che la domanda sia completata
- h. Spesso difficoltà nell'attendere il proprio turno
- i. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti

* Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività presenti < 12aa



ADHD DSM5

... Anche se manifestazioni acute di irritabilità sono frequenti, improvvisi cambiamenti del tono dell'umore, della durata di qualche giorno o anche più, non sono tipici dell'ADHD e devono essere considerati manifestazione di disturbi di altro tipo.





AUTISMO DSM5

... può manifestarsi in AUTOLESIONISMO (ad esempio colpirsi il capo, mordersi i polsi..) e i comportamenti dirompenti/sfidanti sono piú comuni nei bambini e negli adolescenti con disturbo dello spettro dell'autismo che in quelli con altri disturbi, compresa la disabilità intellettiva.





DISTURBO DA DISREGOLAZIONE DELL'UMORE DIROMPENTE DSM5

- A. gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente e/o in modo comportamentale, grossolanamente sproporzionati in intensità, durata, provocazione.
- B. Scoppi di collera non coerenti con stadio di sviluppo
- C. Scoppi di collera 3 o + volte a sett.
- D. Umore tra uno scoppio e l'altro é persistentemente irritabile o arrabbiato



* Etá di esordio **6 < 18aa**



DISTURBI DIROMPENTI, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA NEL DSM5 (DOP e CD)

- ❑ Condizioni in cui vi sia un problema specifico di controllo delle emozioni e del comportamento
- ❑ Comune spettro esternalizzante caratterizzato da una dimensione temperamentale denominata disinibizione e da una emozionalità negativa.
- ❑ Elevata comorbidità con Disturbo da Uso di Sostanze e possibile evoluzione verso il Disturbo Antisociale di Personalità



DISTURBI DIROMPENTI DEL COMPORTAMENTO

- ❑ **DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO**: comportamento sistematicamente provocatorio, negativista ed ostile (collera, litigiosità, sfida, provocazione, ecc).
- ❑ **DISTURBO DELLA CONDOTTA**: tendenza stabile alla violazione delle regole e dei diritti altrui (aggressioni a persone o animali, distruzione di proprietà, furti, gravi violazioni di regole, fughe).

I due disturbi sono considerati distinti,
ma il primo può precedere il secondo (15-20% dei DOP
evolve DC?)
e ne è la forma attenuata.



DOP DSM5

COMPORAMENTO POLEMICO/ PROVOCATORIO

1. Litiga spesso con figure che rappresentano autorità o (per bambini e adolescenti) con gli adulti
2. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti dalle figure che rappresentano autorità o regole
3. Spesso irrita deliberatamente gli altri
4. Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento

UMORE COLLERICO/ IRRITABILE

1. Va spesso in collera
2. É spesso permaloso o facilmente contrariato
3. E spesso adirato o risentito

VENDICATIVITÀ

1. É stato dispettoso o vendicativo almeno due volte negli ultimi 6 mesi

* Etá esordio intorno a **6aa**





DOP E TRAIETTORIE EVOLUTIVE



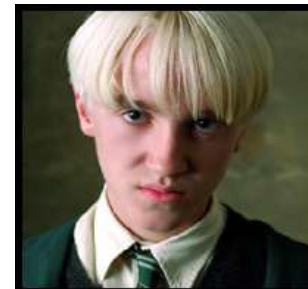
Irritabile/
emozionalità
negativa



Ostinato/
Impulsivo



Dannoso/
aggressivo
premeditato





DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE

DSM5

- A. Accessi comportamentali ricorrenti che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno die seguenti:
1. Aggressione verbale o fisica verso proprietà, animali o altre persone, che si verifica in media due volte alla settimana per un periodo di 3 mesi. Aggressione fisica non comporta danneggiamento e non provoca lesioni.
 2. Tre accessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che provoca lesioni ad animali o ad altre persone, in un periodo di 12 mesi
- B. Grado di aggressività grossolanamente esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore precipitante
- C. Ricorrenti esplosioni di aggressività non sono premeditate e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto
- D. Ricorrenti esplosioni di aggressività causano o un disagio marcato nell'individuo o la compromissione del suo funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale, oppure sono associate a conseguenze finanziarie o legali
- E. Etá esordio almeno **6aa**
- F. Aggressività non meglio spiegata da altro disturbo mentale o condizione medica



DISTURBO CONDOTTA DSM5

Con limitata emotività prosociale

- Assenza di senso di colpa o rimorso
- Calloso - Assenza di empatia
- Non si preoccupa per le conseguenze delle sue azioni
- Affettività superficiale o deficitaria

A. Pattern di comportamento ripetitivo e persistente in cui vengono violati diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età. Almeno 3 die seguenti:

- 1. Aggressione a persone o animali**
- 2. Distruzione di proprietà**
- 3. Frode o furto**
- 4. Gravi violazioni di regole**

B. Compromissione funzionamento sociale, scolastico, lavorativo

C. Se soggetto ha 18 o più anni allora Disturbo Antisociale di Personalità



DUE SOTTOTIPI DI CD

- ❑ **Con esordio nell'infanzia:** inizio prima di 10 anni
- ❑ **Con esordio in adolescenza:** assenza di criteri di DC prima di 10 anni.

L'esordio precoce predice una prognosi peggiore ed un aumentato rischio di disturbo antisociale di personalità e di disturbo da uso di sostanze in età adulta



DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

DSM5

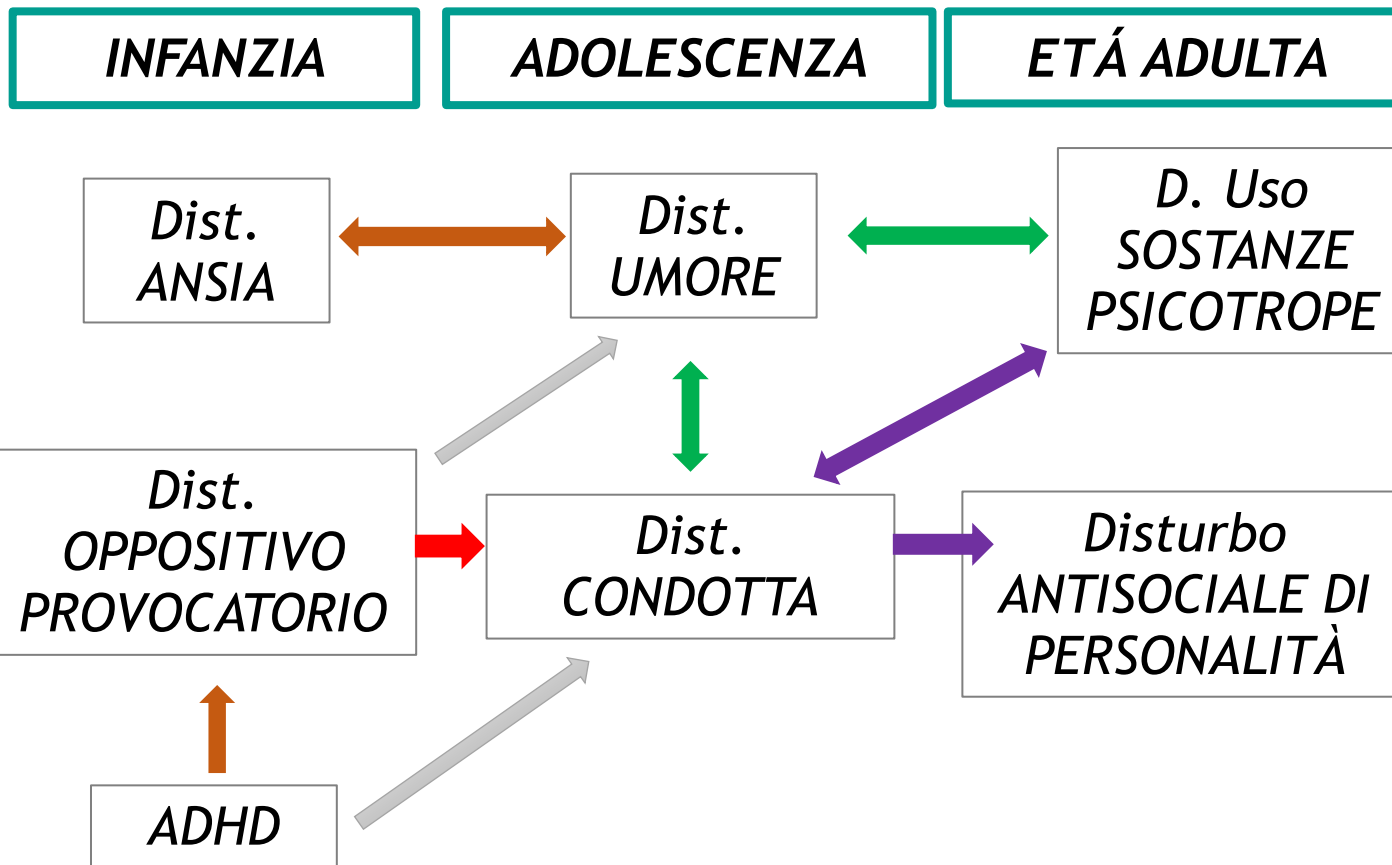
A. Pattern pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dai 15aa

- 1.** incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale
- 2.** disonestà e truffa
- 3.** impulsività e incapacità di pianificare
- 4.** irritabilità e aggressività (scontri o assalti fisici ripetuti)
- 5.** noncuranza sconsiderata della sicurezza propria e degli altri
- 6.** irresponsabilità abituale (mantenere un lavoro, o di far fronte ad obblighi)
- 7.** mancanza di rimorso

B. Almeno 18aa

C. Presenza di Disturbo Condotta prima dei 15aa







DISTURBI DIROMPENTI DEL COMPORTAMENTO

Il 30-40% dei soggetti ADHD ha un DOP.

ADHD+DOP è fattore di rischio per > transizione DOP-DC e per DC precoce.

Associazione ADHD-DC (10-15%):

sottotipo più grave, prognosi sociale + negativa, più resistente ai trattamenti psicoeducativi

Il rischio antisociale dell'ADHD non diretto, ma mediato dalla comorbidity con DC, in particolare se ad esordio precoce.

Mediatore prognostico: CONDIZIONI SOCIALI



IL RUOLO DELL'EPOCA DI ESORDIO

Epoca di insorgenza del disturbo della condotta, infantile o adolescenziale
($< 0 > 10$ anni)

Le forme ad insorgenza precoce sono più gravi, hanno una maggiore tendenza a mantenersi in età adolescenziale ed adulta con comportamenti antisociali, e sono a più chiara prevalenza nel sesso maschile.



SPECIFICITÀ DELLA BIPOLARITÀ PRECOCE

UMORE IRRITABILE

L'irritabilità è un sintomo aspecifico (depressione, distimia, DOP/DC, ansia, ADHD, DOC, psicosi, DPS, ecc.) o normalità (fame, stanchezza, stress).

Irritabilità iatrogena (SSRI, rebound serale di MPH)

Irritabilità maniacale

estremamente intensa, a volte episodica,

spesso associata ad umore espanso.

Crisi di rabbia (“affective storms”) per motivi futili.

Associazione con auto-etero aggressività.



DISREGOLAZIONE EMOZIONALE E ADHD

- ❑ **Autocontrollo:** irritabilità con frequenti esplosioni di breve durata (comportamento)
- ❑ **Labilità affettiva:** brevi ed imprevedibili oscillazioni verso la depressione o la lieve eccitazione (umore instabile)
- ❑ **Reazioni emotive eccessive:** ridotta capacità di gestire stress quotidiani, sensazione di essere “travolto” (ansia generalizzata)



RAPPORTO ADHD-SPETTRO BIPOLARE

- ❑ Circa il **10-15%** dei bambini con ADHD può sviluppare un “disturbo bipolare”
- ❑ Circa il **50%** dei bambini ed adolescenti bipolari ha un ADHD “pre-bipolare”
- ❑ Almeno il **60%** dei bambini **con disturbo bipolare prepuberale** ha una storia di ADHD
- ❑ Almeno il **30%** dei soggetti con **disturbo bipolare ad esordio adolescenziale** ha una storia di ADHD



I comportamenti aggressivi come qualsiasi altro comportamento sono soggetti alle leggi dell' **apprendimento** e sono mantenuti dal **rinforzo**

La grave irritabilità, episodica o non episodica, associata a sintomi di ADHD, aggressività ed umore instabile, può essere considerata una modalità precoce di presentazione di disturbo bipolare?

(Severe Mood Dysregulation, Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria)



POSSIBILI SPECIFICATORI FENOMENICI DELLA DIMENSIONE AGGRESSIVITÀ

- ❑ **gravità** (lieve, medio, grave)
- ❑ **presenza di discontrollo degli impulsi**
- ❑ **tipo di aggressività** (fisica o verbale)
- ❑ **tipo di vittima** (persone, oggetti, sé stesso)
- ❑ **espressività esplicita** (aggressioni, crisi esplosive) o **subdola** (furti, piromania)
- ❑ **finalità ostile** (danneggiare la vittima) o **strumentale** (ottenere un vantaggio)



TIPI DIVERSI DI AGGRESSIVITÀ

AGGRESSIVITÀ PREDATORIA

Non impulsiva, finalizzata all'ottenimento di un vantaggio,
programmata,
spesso subdola e furtiva,
spesso non associata ad uno stato affettivo significativo.

L'obiettivo è ottenere il possesso di un oggetto (object-oriented)
o il dominio su una persona (person-oriented). Si esprime
attraverso la coercizione,
o l'attacco a scopo di furto, o la vittimizzazione dei più deboli.



TIPI DIVERSI DI AGGRESSIVITÀ

AGGRESSIVITÀ IMPULSIVA O REATTIVA

Improvvisa, spesso associata ad uno stato affettivo intenso (eccitazione, rabbia), non programmata né finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, esplosiva ed esplicita.

La reazione è spesso legata alla percezione non realistica e persecutoria di una minaccia esterna, della quale il soggetto è del tutto convinto (distorsione cognitiva), per cui egli tende a reagire con aggressività eccessiva.



La aggressività predatoria
non impulsiva,
non è associata a situazioni provocatorie
esterne, è associata a basso arousal, ed a
maggiore rischio di evoluzione antisociale.

La aggressività impulsiva
è associata a
situazioni provocanti esterne (reali o
interpretate come tali), ha un elevato livello
di arousal, disinibizione, instabilità affettiva,
ha più rara evoluzione dissociale.

Forme miste o alternanti



I soggetti con aggressività impulsiva tendono più facilmente ad interpretare come ostili **stimoli esterni ambigui** rispetto ai soggetti con aggressività non impulsiva.

In situazioni sociali complesse essi presentano maggiori difficoltà di problemsolving.

Questo porta questi soggetti ad essere più facilmente rifiutati, rispetto ai soggetti con aggressività proattiva (eccetto quella orientata verso il controllo delle persone).



CARATTERISTICHE SOCIALI DELL'AGGRESSIVITÀ IMPULSIVA

I soggetti con aggressività impulsiva:

- . tendono ad interpretare come ostili **stimoli esterni ambigui**;
 - . sono meno abili in competenze sociali (**rispondere a molestie, gestire fallimenti, trovare compromessi, sostenere la pressione dei coetanei**),
- . hanno più spesso sintomi internalizzati (**es. ansia, tristezza**);
 - Hanno prestazioni scolastiche inferiori
- . gli adolescenti hanno maggiori **difficoltà sociali** dei bambini.



Per questo essi sono più facilmente rifiutati



PSICOPATIA/ TRATTI CALLOSO- ANEMOZIONALI

PSICOPATIA

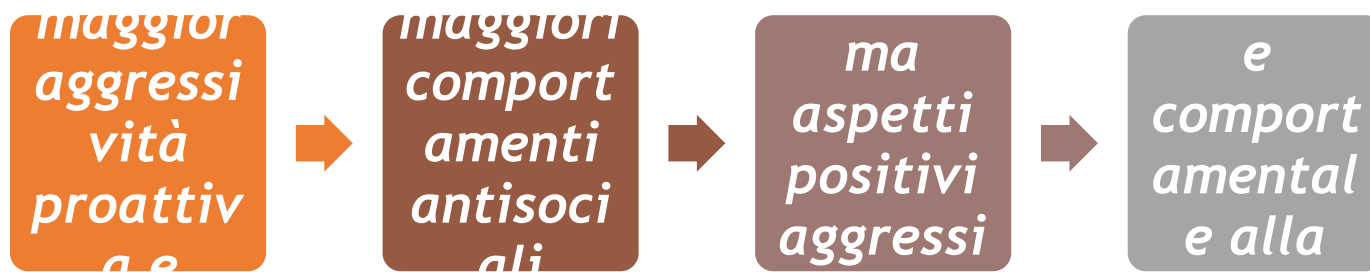
- fascino superficiale
- assenza di ansia e di senso di colpa
- indifferenza
- disonestà
- egocentrismo
- incapacità a stabilire relazioni intime durature
- incapacità ad apprendere dalle punizioni
- povertà emotiva
- assenza di empatia
- incapacità di fare piani a lungo termine

Tratti Calloso- Anemozionali

- ✓ Mancanza di rimorso o colpa
- ✓ Mancanza di empatia
- ✓ Manifestazioni emotive povere



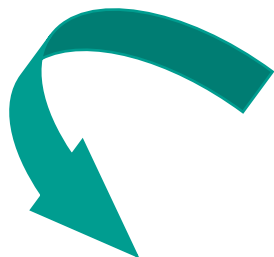
Questi tratti sono già evidenziabili nell'infanzia e la loro presenza nel Disturbo della Condotta si correla ad una maggior severità del disturbo:





STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA PSICOPATIA E TRATTI CU

- **APSD: Antisocial Process Screening Device** : 20 -item (score 0-1-2)
(Frick, Hare 2001)



1. Calloso-anemozionali (6 item)
2. Narcisismo (7 item)
3. Impulsività (5 item)

- **ICU: Inventory of Callous Unemotional Traits**: 24 -item (score 0-1-2-3)
(Frick 2003)



1. Callosità (11 item)
2. Indifferenza (8 item)
3. Anemozionalità (5 item)



TRATTAMENTI

TERAPIA MULTIMODALE

ad alta frequenza interdisciplinare
(medico psichiatra infantile, psicologo, psicoterapeuta, educatore
professionale,
assistente sociale, terapeuta funzionale, insegnante di sostegno,
insegnante curricolare,
direttore scolastico, magistrato)
che necessita di un lavoro di squadra tra varie istituzioni
(sanita', scuola, servizi sociali, agenzie del tempo libero,
tribunale dei minori, forze dell'ordine)

NOTA BENE!

La aggressività in età evolutiva non va MAI tollerata né giustificata, va sempre “trattata” in primis con interventi di tipo psicoeducativo, sia con il minore che con i caregiver (genitori, insegnanti, altre figure di riferimento)



TIPI DI INTERVENTO

PSICOTERAPIA

**EDUCATIVA
INDIVIDUALIZZATA**

A

PSICOTERAPIA

A



**EDUCATIVA
DOMICILIARE**

PARENT TRAINING



TEACHER TRAINING





PREDITTORI DI EFFICACIA DEI TRATTAMENTI

La **aggressività predatoria** è il più importante **predittore di risposta negativa all'intervento farmacologico**, sia con antipsicotici atipici (Masi et al., 2007) che con litio (Masi et al. 2009).

La presenza di aggressività predatoria e **Calloso-Anemozionali** sono i predittori di risposta negativa al trattamento non farmacologico (Masi et al., 2011).



FARMACOTERAPIA DELL'AGGRESSIVITÀ IMPULSIVA

- 1) **Antipsicotici atipici:** efficacia sulle forme legate a psicosi, mania, condotta. Utilità in acuto.
- 2) **Anticonvulsivanti:** acido valproico, carbamazepine
- 3) **Litio:** effetto specifico, non sedativo, sulla aggressività impulsiva. Non utile in acuto.
- 4) **Anti-noradrenergici:** clonidina, beta-bloccanti, in disturbi della personalità, ritardo mentale, PTSD.
- 5) **Stimolanti:** in ADHD
- 6) **SSRI:** efficaci nelle forme croniche di aggressività impulsiva (es. disturbi di personalità). Evitare in bipolari. Effetto graduale, non utile in acuto.
- 7) **Benzodiazepine:** azione rapida. Rischio di disinibizione, > in soggetti con ritardo mentale.



PERLE CLINICHE

ANALISI DELL'AGGRESSIVITÀ

- ❑ frequenza delle crisi (episodiche, ricorrenti)
- ❑ intensità delle crisi (aggressività verbale e/o fisica)
- ❑ eventi scatenanti
- ❑ contesti di vita in cui si presentano le crisi



PERLE CLINICHE

aggressività in età puberale

ATTENZIONE A



- a uso di Sostanze
- a USO/abuso di schermi
- alla frequentazione di gruppi devianti
- marcata irritabilità (alterazione ritmo sonno veglia, carenza di sonno, alimentazione incontrollata)



PERLE CLINICHE

EVENTI SCATENANTI

- ❑ “Fastidi” relazionali, sensoriali, emozionali
- ❑ Effetti di sostanze
- ❑ Eccessivo uso di schermi





PERLE CLINICHE

QUADRI GRAVI

-
- Crisi in piu' contesti ambientali
- Crisi frequenti
- Crisi con aggressivita' fisica
-

ETA' ESORDIO AGGRESSIVITA'

- Prepuberale
- (quadri prognosticamente piu'sfavorevoli)
- Puberale





PERLE CLINICHE

IRRITABILITÀ COME MARKER CLINICO DI AGGRESSIVITÀ:

cause



- organiche
- psicologiche/emozionali
- psichiatriche
- relazionali/affettive
- ambientali(stile di vita, educativo)
- da sostanze
- da alcol
- da schermi



PERLE CLINICHE

I GENITORI DI ADOLESCENTI AGGRESSIVI

1. *SALUTE MENTALE*
2. *STABILITA' PSICO-EMOZIONALE*
3. *SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA*
4. *STORIA PERSONALE*





PERLE CLINICHE

VADEMECUM sulla RABBIA

Quando sono arrabbiato è vietato:

- 1) Urlare
- 2) minacciare, insultare, dire parolacce, offendere
- 3) rompere o lanciare oggetti
- 4) picchiare, pizzicare, dare calci, fare male ad altri
- 5) fuggire dalla classe
- 6) scappare dalla scuola



TAKE HOME MESSAGE

**«L'aggressività non episodica in età evolutiva va sempre riconosciuta e trattata il più precocemente possibile per l'elevato rischio di evoluzione negativa sullo sviluppo della personalità,
per il rischio di STIGMA (soggetto disturbato)
per lo sviluppo di problemi di integrazione sociale e problemi futuri di autonomia di vita (Scolastica economica, lavorativa ma pure assistenziale)»**



Grazie per l'attenzione!!

Dr. Donatella Arcangeli
*Medico specialista in Neuropsichiatria
infantile e dell'adolescenza*