

*Gruppo di Supporto Provinciale per l'inclusione – UAT Belluno
Scuola Polo per la Formazione Ambito 11 – IIS «Della Lucia»*

I disturbi internalizzanti ed esternalizzanti: conoscere ed intervenire in contesto scolastico



29 novembre 2021
Dr.ssa Debora De Carlo
Neuropsichiatra Infantile

Programma corso

1° INCONTRO - Martedì 26 ottobre 2021, dalle ore 16.00 alle 18.00

Psicopatologia dell'adolescenza: inquadramento generale

2° INCONTRO – Lunedì 15 novembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi d'ansia e il ritiro sociale

3° INCONTRO Lunedì 29 novembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi dell'umore

4° INCONTRO Lunedì 13 dicembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

L'autolesionismo

5° INCONTRO Lunedì 20 dicembre 2021, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi esternalizzanti: ADHD e disturbi del comportamento

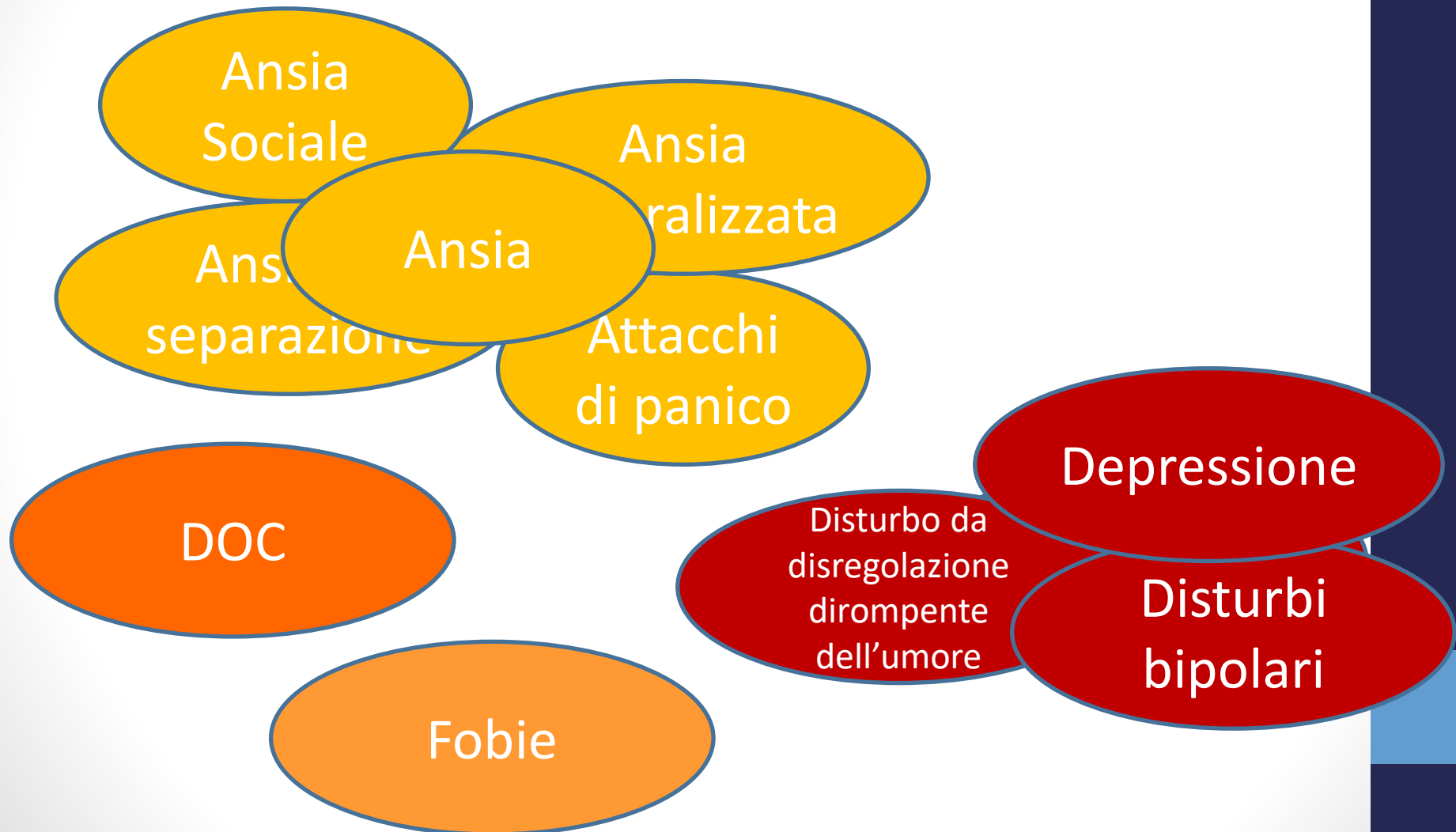
6° INCONTRO Lunedì 17 gennaio 2022, dalle ore 15.00 alle 17.00

La sindrome di Asperger e lo spettro autistico ad alto funzionamento

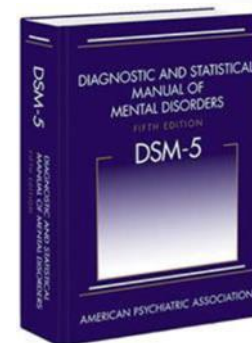
7° INCONTRO Lunedì 31 gennaio 2022, dalle ore 15.00 alle 17.00

I disturbi del comportamento alimentare

Problematiche internalizzanti



DISTURBI DELL'UMORE



Monopolari

- Disturbo depressivo maggiore
- Distimia (umore depresso per 2 anni)

Bipolari

- Disturbo bipolare I, II, NOS, ciclotimico
(Episodio maniacale, episodio ipomaniacale, episodio misto)

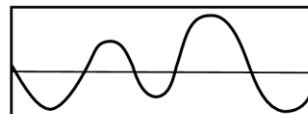
Disturbi dovuti a

- . Condizioni mediche generali
- . Sostanze
- . NAS

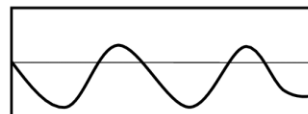
Fluttuazione dell'asse timico nei disturbi dell'umore



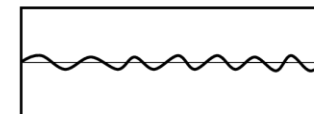
Depressione Maggiore Unipolare



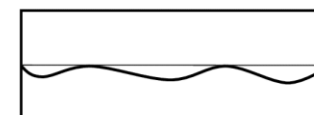
Disturbo Bipolare I



Disturbo Bipolare II

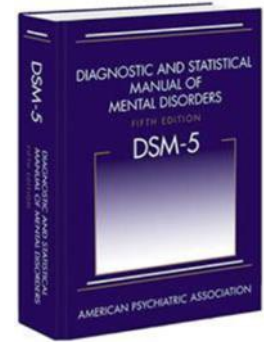


Disturbo Ciclotimico



Disturbo Distimico

DISTURBI DELL'UMORE



Depressione

Prevalenza 4% adolescenti

Recente studio in USA (National Comorbidity Survey-Adolescent) su 10.123 adolescenti dai 13-18 anni, riscontra una prevalenza lifetime dell'11% di forme di grado lieve/moderato e 3% di grado grave

F>M

Bipolari

Caratterizzazione clinica in età evolutiva è di recente acquisizione (ultimi 20 anni)

Prevalenza 1-1.8%

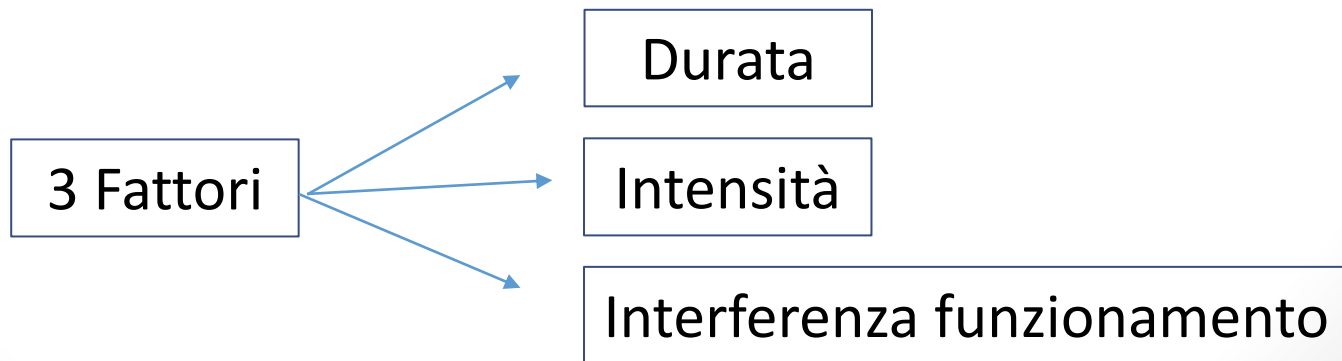
«Depressione» fisiologica o disturbo psichiatrico?

«normale»

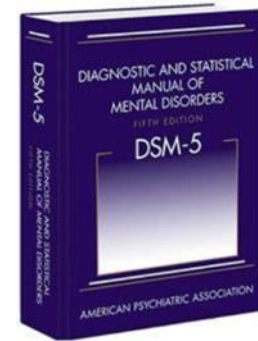
Parte dinamica affettiva dello sviluppo del soggetto, in particolare in adolescenza, generalmente transitoria e priva di significativa interferenza con la dinamica evolutiva

«patologica»

Disturbo psichiatrico che interferisce con il funzionamento sociale e accademico e che richiede una valutazione e un trattamento specifico



DEPRESSIONE



Episodi depressivi maggiori (almeno due settimane), con:

umore depresso o irritabile

ridotto interesse o piacere in attività prima interessanti

riduzione (aumento) **dell'appetito** e/o del peso corporeo

disturbo del **sonno** (riduzione, aumento, inversione, ecc.)

agitazione o rallentamento **psicomotorio** visibile

faticabilità, **perdita di energia**

sentimenti di indegnità o colpa

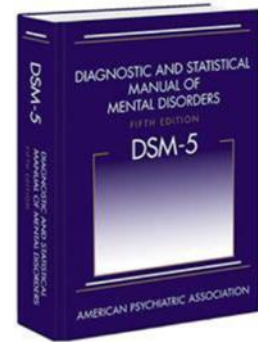
difficoltà di concentrazione, pensiero, decisione

pensieri di morte ricorrenti, ideazione suicidaria

- Compromissione funzionale significativa

DISTURBO DISTIMICO

(DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE)



Disturbo stabile della durata di almeno due anni (un anno nei bambini), caratterizzato da:

disturbo **dell'alimentazione**

disturbo del **sonno**

faticabilità, **scarsa energia**

bassa autostima

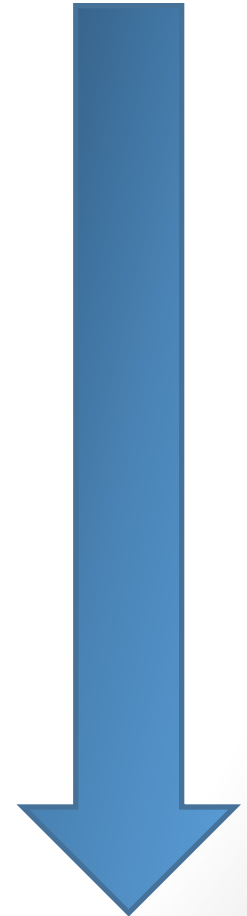
difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni

sentimento di disperazione

DEPRESSIONE

Livelli di gravità:

1. **LIEVE** («faccio tutto con fatica»)
presenti solo alcuni sintomi
2. **MODERATA** («faccio qualcosa»)
presenti molti sintomi, impedisce alcune attività
3. **GRAVE** («non riesco a fare niente»)
presenza di tutti/quasi tutti i sintomi,
impedimento di gran parte delle attività quotidiane
presenza di sintomi psicotici



COMORBIDITA' DEPRESSIONE

50-70% degli adolescenti affetti da depressione presenta altri disturbi psichiatrici (20-40% più di due):

60% disturbo d'ansia (sociale, da separazione)

20-30% ADHD

20-30% Distimia

10% DOC

10-30% Abuso di sostanze



STORIA NATURALE

Durata episodio depressivo: 6-9 mesi

Guarigione: 90% entro 1-2 anni

10% cronicizzazione

40-50% recidiva a 5 anni (ambiente, età d'esordio, gravità, comorbidità, trattamento precoce)

BASSA AUTOSTIMA



AUTOSTIMA si compone di due elementi:

- CONCETTO DI SE' (immagine globale che l'individuo ha di se stesso)
- VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE CHE RIENTRANO IN TALE IMMAGINE

La valutazione del concetto di sè avviene sulla base di modelli ideali di riferimento

Autosvalutazione patologica

- Ingigantire i propri punti deboli e minimizzare i propri punti di forza
- Porsi obiettivi irrealistici (scarsa flessibilità nella considerazione di poterli o meno raggiungere)

Nella DEPRESSIONE i ragazzi si sentono privi di valore, sottostimano le loro abilità, non colgono le occasioni per loro favorevoli in quanto la visione distorta che hanno loro stessi li fa considerare destinati al fallimento (NON si mettono in gioco)

DISTURBI INTERNALIZZANTI ↔ BASSA AUTOSTIMA

Negli adolescenti:

- idee suicidarie/tentativi di suicidio
- disturbi psicotici (deliri, allucinazioni)
- maggiore compromissione psicosociale (condotte a rischio)

Studio di Seeley et 2002: 4-5% gli adolescenti che hanno presentato un episodio depressivo maggiore → 12% ne presentava un secondo nell'arco di un anno → 33% nell'arco dei successivi 4 anni

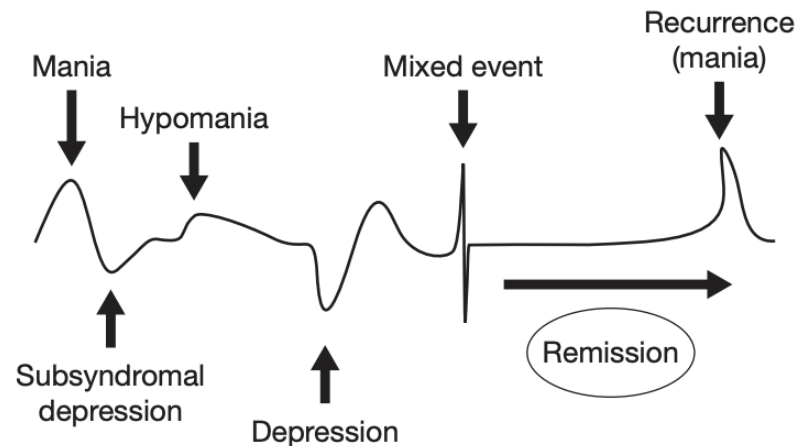
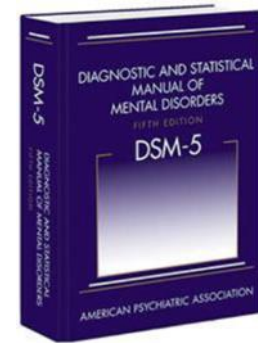
25-30% degli adolescenti con depressione sono riconosciuti e trattati

BIPOLARE

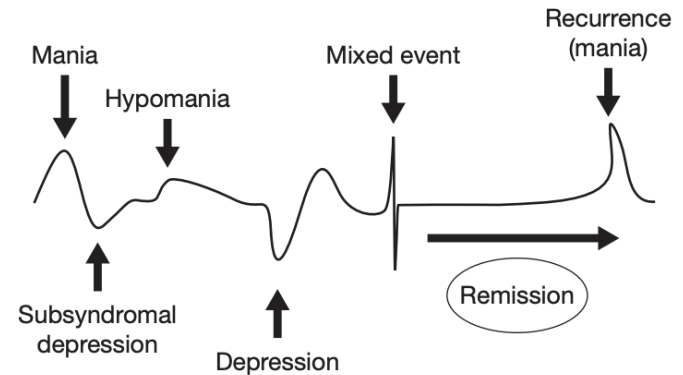
Disturbo bipolare I:
alternanza di episodi
depressivi e maniacali o
misti

Disturbo bipolare II:
episodi depressivi ed
ipomaniacali

Disturbo ciclotimico:
alternanza di episodi
ipomaniacali e
depressivi sottosoglia
(depressione minore)



BIPOLARE



Implica un'alterata regolazione di 3 elementi:

UMORE (depresso, irritabile, eccitato)

PENSIERO (accelerato/rallentato, in DB fuga di idee,
disorganizzazione, «insalata» del pensiero)

ATTIVITA' (sociale, lavorativa, scolastica)

EPISODIO MANIACALE

Umore persistentemente elevato o irritabile per almeno 1 settimana, con 3 (4 se umore irritabile):

- autostima ipertrofica o **grandiosità**
- ridotto bisogno di sonno
- **logorrea**
- **fuga delle idee**
- **distraibilità**
- **aumento della attività finalizzata**
- coinvolgimento in attività piacevoli ma **pericolose**

Marcata compromissione funzionale



EPISODIO MANIACALE

IPOMANIA : stato affettivo INAPPROPRIATO rispetto al contesto, INVALIDANTE e PERSISTENTE dopo la frustrazione. Dev'essere PERVASIVO in vari contesti.

MEGALOMANIA: può manifestarsi con identificazione acritica con figure onnipotenti di cinema/web oppure con convinzioni circa la loro superiorità rispetto alle figure di accudimento con conseguente intolleranza a limiti/regole

DISTURBO DEL SONNO: ridotta necessità di sonno, non associata a stanchezza diurna, motivata da attività che il ragazzo svolge in addormentamento o di notte («sonno come tempo sprecato»)

EPISODIO MANIACALE

LOGORREA: si associa all'aspetto quantitativo l'aspetto dell'accelerazione ai limiti della comprensibilità, volume elevato, impossibilità a porre un freno alle verbalizzazioni. Può essere intrusiva e difficile da interrompere.

IPERSESSUALITA': approcci intrusivi, linguaggio esplicito, seduttività incongrua, esibizionismo, coprolalia sessualizzata, interesse eccessivo per film pornografici. Caratteristiche spesso tormentate, quasi compulsive

IMPULSIVITA'/OSTILITA': comportamenti aggressivi sia verbalmente che fisicamente

DISTURBO BIPOLARE II

COMPONENTE «SOLARE» (SUNNY)

Umore elevato, ottimismo, euforia, alta fiducia in se stessi, alta motivazione allo studio e nel lavoro, maggiori relazioni sociali, maggiore energia, minor timidezza/inibizione, pensiero rapido, maggiore attività fisica, sonno ridotto, loquacità

COMPONENTE «OSCURA» (DARK)

Vita errabonda, difficoltà di finalizzare ogni progetto scolastico/lavorativo, relazioni interpersonali instabili, continui e insoddisfacenti cambi in relazioni/attività, impulsività, irritabilità, comportamenti a rischio, spese elevate, comportamenti economici rischiosi, promiscuità sessuale, abuso di sostanze

DB IN ADOLESCENZA

Andamento più frequentemente episodico

Condotte a rischio

Dipendenza da sostanze d'abuso (stimolanti, alcol)

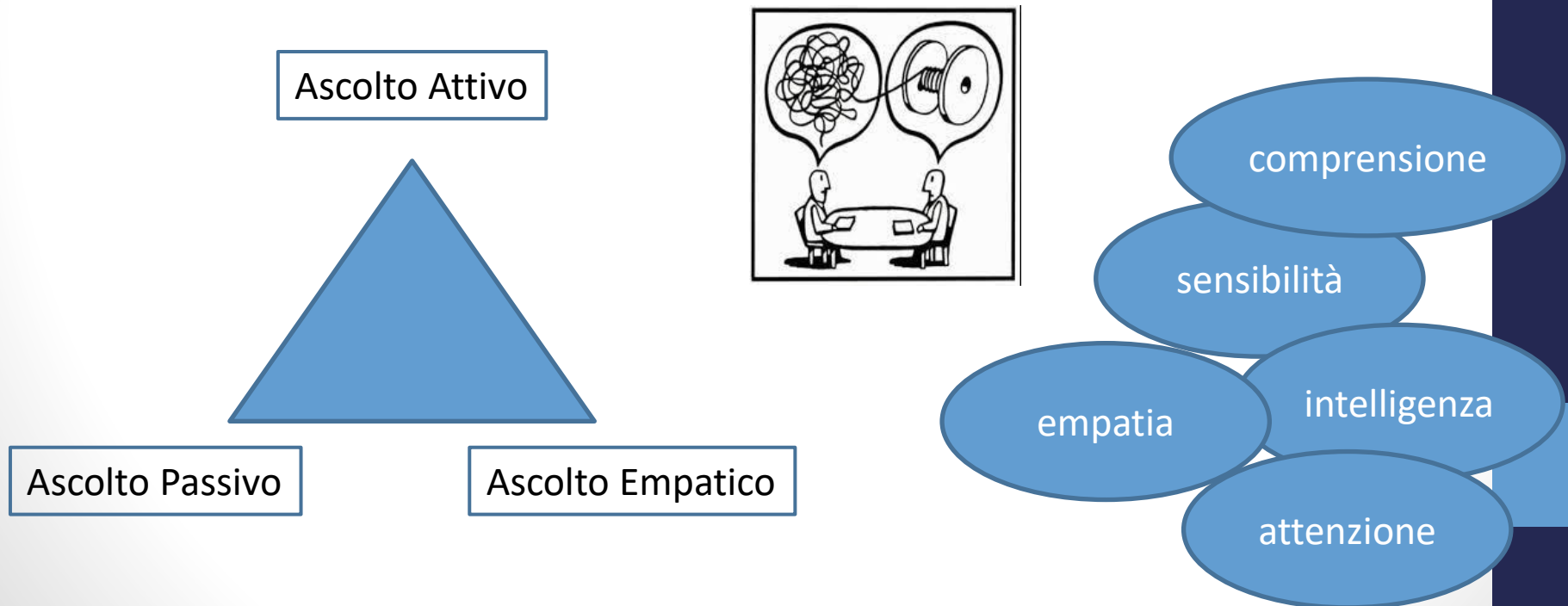
Elevato rischio suicidario

Frequenti sintomi psicotici

Vita caotica e tempestosa, fortemente instabile (BD II)

DEPRESSIONE: COSA POSSIAMO FARE A SCUOLA

- Sviluppare una **RELAZIONE D'AIUTO**
- Sviluppare un buon livello di fiducia (**ASCOLTO ATTIVO**)



ASCOLTO ATTIVO: COSA FARE

SI IMPARA!!



Dare spazio/tempo di espressione

Comprendere la realtà dell'altro per operare delle scelte non condizionate solo dal proprio punto di vista (EMPATIA, assumere il punto di vista dell'altro)

Dare FEEDBACK che chi ascolta dà a chi parla, dimostrare CURIOSITA'

Richiede SILENZIO (fisico e interiore), NON temere le pause/i silenzi

Sospendere GIUDIZI o interpretazioni

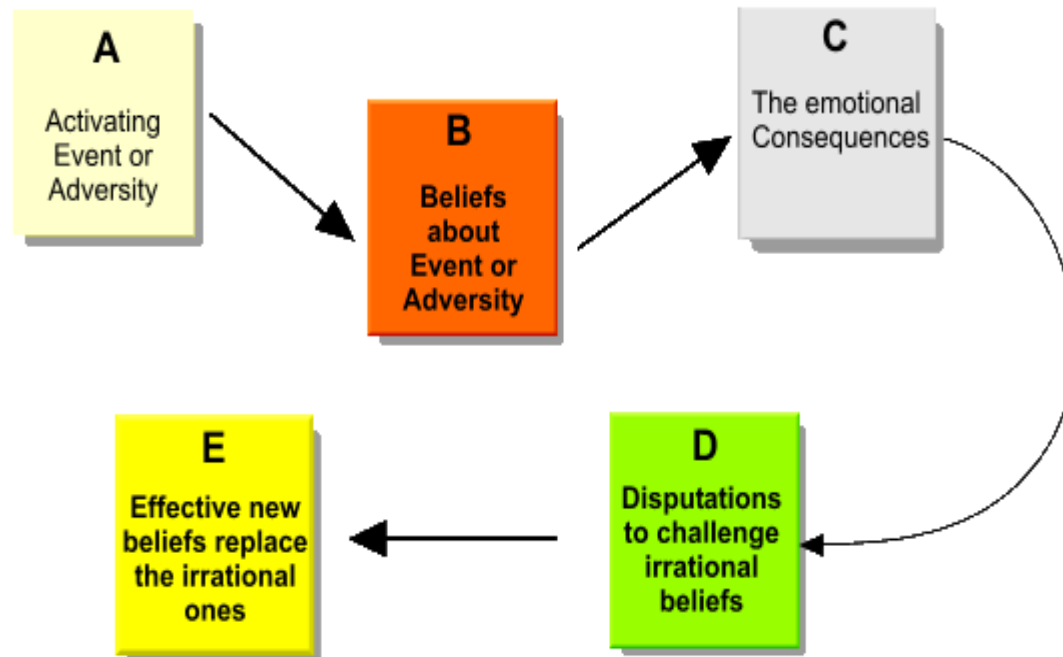
Parlando insegniamo a parlare, ascoltando insegniamo ad ascoltare (NEURONI SPECCHIO)

DEPRESSIONE: COSA POSSIAMO FARE A SCUOLA

- Sviluppare una **RELAZIONE D'AIUTO**
- Sviluppare un buon livello di fiducia (**ASCOLTO ATTIVO**)
- Rinforzare la comunicazione esplicita di emozioni quali rabbia, disappunto, tristezza
- **ABC** e collegamento pensieri/umore

Tecnica di ristrutturazione cognitiva più nota:

MESSA IN DISCUSSIONE/CONFUTAZIONE delle convinzioni irrazionali (trasformazione delle modalità irrazionali di pensiero consentendo di giungere a conseguenze emotive, cognitive e comportamentali alternative e più funzionali)



DEPRESSIONE:

COSA POSSIAMO FARE A SCUOLA

- Valutare i contenuti del soggetto che rafforzano la sua sensazione di inutilità e disperazione
- Strategie di dissuasione cognitiva per trasformare i pensieri disfunzionali che alimentano lo stato depressivo
- Esortare il ragazzo a formulare delle ipotesi che lo portino a mettere in atto delle azioni per soddisfare i propri bisogni (**INCORAGGIAMENTO**)
- Incoraggiare il ragazzo alla partecipazione di **attività sociali e ricreative arricchenti**. Programmazione di **ATTIVITA' PIACEVOLI**.
- Supportarlo nella pianificazione/organizzazione dello studio

RITIRO SOCIALE

**RAGAZZI CHE EVITANO LA COMPAGNIA ALTRUI con SCARSA
RESPONSIVITÀ ALLE INIZIATIVE SOCIALI DEI PARI**

**Non è un problema con una classificazione a se stante (comorbidità
di diversi disturbi) anche se ci sono degli studi che lo considerano un
cluster specifico dei problemi internalizzati**

STABILE

schema di evitamento sociale per
eccessiva timidezza
temperamentale;
immaturità emotivo relazionale;
deficit delle abilità sociale in
primis sindrome di Asperger o
altri disturbi dello spettro
autistico

TRANSITORIO

disturbo d'ansia generalizzata che lo
porta ad avere una visione irrealistica
negativa delle proprie abilità sociali
(autosvalutazione irrealistica delle
performance sociali);

disturbo d'ansia sociale,
fobia specifica;

apatia/scarso interesse/disinvestimento
di una fase depressiva

RELAZIONI SOCIALI

Fondamentale mantenimento delle RELAZIONI FRA PARI in età adolescenziale



Stretta interconnessione

fra sfera relazionale e disturbi internalizzanti

(ad esempio è noto che il mancato rinforzo sociale ai problemi di relazione fra pari è un precursore della depressione $\Leftrightarrow$ depressione crea dei problemi interpersonali in ragazzi che prima non ne avevano)

RITIRO SOCIALE nei DISTURBI DELL'UMORE

CAUSE DI RITIRO SOCIALE nella DEPRESSIONE:

- CONSEGUENZA DI UNA SOCIALITA' PERCEPITA COME INUTILE O NON PIACEVOLE
 - MEZZO PER EVITARE LA PERDITA DEFINITIVA
- - TIMORE DEL RIFIUTO DA PARTE DEGLI ALTRI PER IL PROPRIO MALFUNZIONAMENTO NELLE COMPETENZE SOCIALI
 - SENSO DI INDEGNITA' NEL FAR PARTE DI UN GRUPPO

RITIRO SOCIALE e NUOVE TECNOLOGIE

ISOLAMENTO DIGITALE

OPPORTUNITA' O SVANTAGGIO?



La tecnologia è una protesi ed estensione dell'essere umano



- 97% dei ragazzi hanno uno smartphone
- lo ricevono sempre prima (10-11 anni)
- 87% dei ragazzi hanno un profilo social e in media hanno più di 5 profili ciascuno; il più delle volte mentendo sulla loro età (in media i ragazzini di iscrivono a FB a 12 anni e mezzo)

CREAZIONE DI UNA REALTA' ARTIFICIALE nella quale assecondare i propri desideri

LINGUAGGIO VIRTUALE

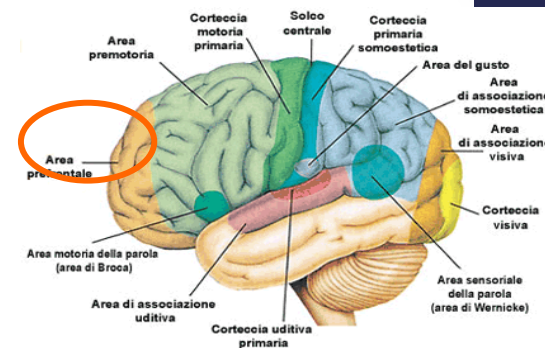
«La comunicazione avviene quando, oltre al messaggio, passa anche un supplemento di anima»

Henri Bergson

(DIS)CONNESSIONE EMOTIVA

La DIGITAL LITERACY, alfabetizzazione digitale, ossia la capacità di utilizzare con consapevolezza e spirito critico i media digitali e sociali, prevede 3 elementi fondamentali:

- **RAPPRESENTAZIONE** (far capire che media non riflettono il mondo ma lo rappresentano)
- **LINGUAGGIO** (consapevolezza del codice comunicativo in rete)
- **PRODUZIONE** (comprensione di chi comunica, a chi e perchè)



(DIS)CONNESSIONE EMOTIVA

Legame/Non legame, con e al di là degli strumenti tecnologici, nel quale è pressochè azzerato il coinvolgimento emotivo o , se è presente, è distorto.

Utilizzo delle **EMONJI**



HATE SPEECH (esprimersi attraverso l'odio, l'offesa, la violenza verbale, spesso senza forma di riflessione)

Provocazioni fuori tema/senza senso

obiettivo: disturbare la comunicazione/
alimentare conflitti



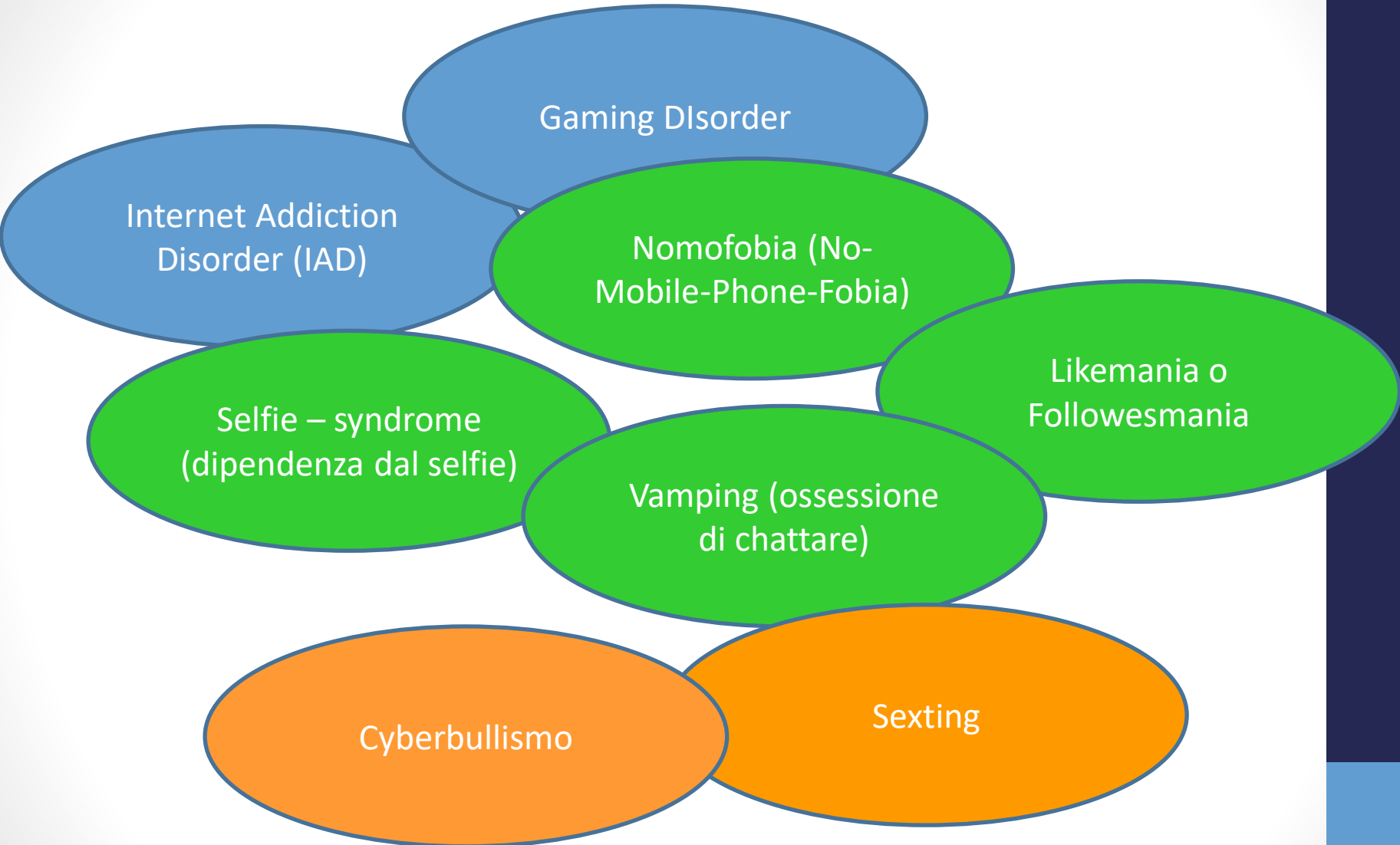
Tramite i social i ragazzi condividono le emozioni ma spesso sono mal comunicate, espresse disfunzionalmente, soggette ad interpretazioni che possono differire dal messaggio originalmente posto.

Spesso i ragazzi NON sono capaci di nominare correttamente le emozioni, di gestirle e soprattutto di riconoscere quelle altrui.

Social come fonte di gratificazione (**LIKES** = ESSERE APPREZZATO, CONSIDERATO, POPOLARE → risvolti su autostima, sul proprio valore personale e sulla propria identità)



**GLI UTENTI CHE USANO I SOCIAL SONO PIU' A RISCHIO DI
DISTRESS PSICOLOGICO**



Gaming Disorder

Internet Addiction
Disorder (IAD)

Nomophobia (No-
Mobile-Phone-Phobia)

Selfie – syndrome
(dipendenza dal selfie)

Likemia o
Followesmania

Vamping (ossessione
di chattare)

Cyberbullismo

Sexting

CYBERBULLISMO

Il 17 maggio del 2017 la camera approvava in via definitiva, con 432 favorevoli ed una sola astensione, la legge sul contrasto al cyberbullismo

“qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo”

Circa 1 adolescente su 8 dichiara di essere vittima di violenza in rete; recenti studi parlano di 1 su 3

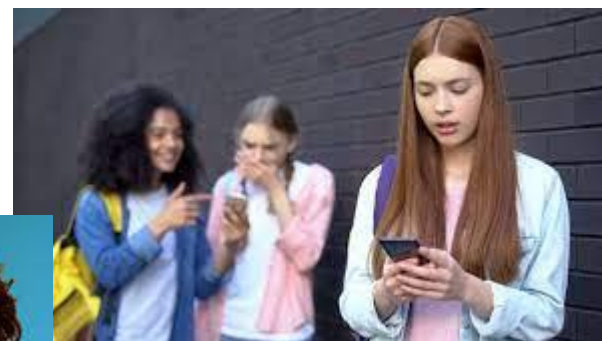
CYBERBULLISMO: COSA FARE

INTERVENTI DI PREVENZIONE, CONOSCENZA E PSICOEDUCAZIONE

COLTIVARE UN LEGAME CON IL RAGAZZO (spesso ci sono emozioni di VERGOGNA che impediscono la richiesta di aiuto da parte del ragazzo)

CAMAPANELLI D'ALLARME:

- RITIRO/ISOLAMENTO
- CALO DEL RENDIMENTO SCOLASTICO
- STATO DI IPERALLERTA/VIGILANZA



DALLA DEVIANZA EMOZIONALE ALLA RISTRUTTURAZIONE EMOTIVA

PEER & MEDIA EDUCATION (P & M)

Modello di prevenzione e intervento socio-educativo che si avvale della PEER EDUCATION (educazione fra pari) e MEDIA EDUCATION (analisi di dinamiche relazionali e nuove forme di linguaggio digitale in modo da rendere i minori più autonomi e consapevoli nel mondo virtuale associate all'utilizzo dei media come veri e propri strumenti di intervento formativo)

Sviluppare ragazzi «DIGITALMENTE SAGGI» cioè in grado di utilizzare strumenti informatici in modo positivo, creativo e responsabili (LEGGE 107/2015 – LEGGE DELLA BUONA SCUOLA)

APPRENDIMENTO E LABORATORI EMOZIONALI

GIOCHI VIRTUALI

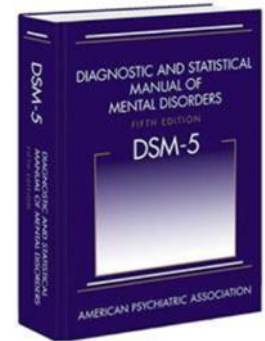
I giochi on line, giochi di ruolo in rete, universi virtuali 3D sono un'espressione di una nuova modalità comunicativa che prevede da un lato LA SPERIMENTAZIONE DI NUOVE IDENTITA' ma dall'altra delle POSSIBILITA' ESPRESSIVE PER LO PIU' AGGRESSIVE O OFFENSIVE.

La vita virtuale può influenzare la vita reale e avere EFFETTI COGNITIVI PROFONDI, alterando abitudini, comportamenti e processi percettivi.

RISCHI MOLTEPLICI:

- Idealizzazione dell'interlocutore
- Preferenza di relazioni sul WEB con conseguente sviluppo di DIPENDENZE e perdita di interesse per le relazioni sentimentali reali
- Sperimentazione di emozioni AGGRESSIVE che hanno un impatto anche sulla vita reale

DISTURBI DA DISREGOLAZIONE DIROMPENTE DELL'UMORE



Criteri diagnostici Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (NUOVO)

- A.** Gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente e/o in modo comportamentale che sono grossolanamente sproporzionati nell'intensità o nella durata alla situazione o alla provocazione
- B.** Gli scoppi di collera non sono coerenti con lo stadio di sviluppo
- C.** Gli scoppi di collera si verificano, in media, tre o più volte la settimana
- D.** L'umore tra uno scoppio di collera e l'altro è persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, ed è osservabile da parte di altri
- E.** I criteri A-D sono stati presenti per 12 mesi o più. Durante tale periodo, l'individuo non ha avuto un periodo della durata di 3 mesi o più consecutivi senza tutti i sintomi dei criteri A-D
- F.** I criteri A e D sono presenti in almeno due contesti (casa, scuola, coetanei) e sono gravi in almeno uno di questi
- G.** La diagnosi non dovrebbe essere posta per la prima volta prima dei 6 anni o dopo i 18 anni di età
- H.** Dall'anamnesi o dall'osservazione, l'età di esordio dei criteri A-E è prima dei 10 anni
- I.** Non vi è mai stato un periodo distinto della durata di più di un giorno durante il quale sono stati soddisfatti i criteri sintomatologici completi, a eccezione della durata, per un episodio maniaco o ipomaniaco
- J.** Esclusione DDM e altri disturbi mentali
- K.** Esclusione sostanze e condizione medica generale

Tipologie di aggressività

AGGRESSIVITA' «PROATTIVA» O «PREDATORIA» (FREDDA)

Comportamenti intenzionali,
premeditati, strumentali

Significativamente associata
con iperattività

Costante minaccia

Scarsa motivazione per la
frequenza

Scarsa competenza metacognitiva

Avvicinamento fisico

Associata a tratti callosi
anemozionali

AGGRESSIVITA' «REATTIVA» O «IMPULSIVA» (CALDA)

Più frequente in ADOLESCENZA

Significativamente associata
a impulsività

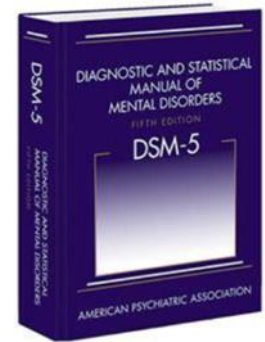
Ostilità

Ansia sociale

Problemi di identificazione
e/o interpretazione degli
stimoli sociali (risposte a
offese reali o percepite)

Atteggiamento
«gregario»/vittima di
bullismo

DISTURBI DA DISREGOLAZIONE DIROMPENTE DELL'UMORE



AGGRESSIVITA' IMPULSIVA

Aggressività associata ad uno stato affettivo intenso (RABBIA),
NON programmata nè finalizzata all'ottenimento di un
vantaggio, ESPLOSIVA e ESPLICITA.

Reazione spesso legata ad una **PERCEZIONE (NON realistica e a volte persecutoria) di una minaccia esterna**, della quale il ragazzo è fermamente convinto (DISTORSIONE COGNITIVA) per cui reagisce con AGGRESSIVITA'

EPISODI DI SCOPPI DI COLLERA A SCUOLA: COSA E COME FARE

ASPETTARE E OSSERVARE, mantenendo la CALMA. Nel momento di rabbia il ragazzo NON è RECETTIVO A NESSUN INTERVENTO

STARE CON LUI MA NON FARE CON LUI. Non controreagire con urla alle urla (e soprattutto alla mani con le mani) → ESCALATION

ACCETTARE DI ESSERE «UMANI». Può capitare di reagire ma dev'essere poi ridiscusso «a freddo» e diventare un'occasione di crescita

MANTENERE I CONFINI E I RUOLI. Una LINEA COERENTE può essere vissuta come inizialmente irritante ma RASSICURANTE

COMUNICARE DISPONIBILITA'. Stabilire una comunicazione con un adolescente rabbioso è molto difficile ma possiamo provare a parlargli, **NON** RISPONDENDO ALLE PROVOCAZIONI

COMPORTAMENTI DISFUNZIONALI: COSA E COME FARE PRIMA E DOPO

DISCIPLINA SENSIBILE

(equilibrio fra componente educativa e affettiva)

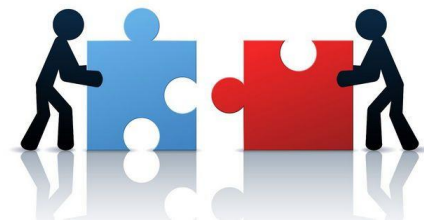
CERCARE DI NON ESSERE VISSUTI COME UNA MINACCIA

PRESTARE ATTENZIONE AL COMPORAMENTO CORRETTO

REGOLE EFFICACI E SE POSSIBILE IN POSITIVO

Comportamento può essere migliorato con

- COINVOLGIMENTO degli insegnanti/COLLABORAZIONE con professionisti dell'area socio-sanitaria in modo da consentire una RISPOSTA COERENTE fra contesto terapeutico, familiare e scolastico



- ADESIONE alla REGOLA
- Migliorare le capacità di PROBLEM SOLVING
- PREVENZIONE di comportamento problema
- Limitare l'ESCALATION

Take home message

CONOSCENZA DELLE PROBLEMATICHE

ASCOLTO ATTIVO

CREARE UNA RELAZIONE DI AIUTO (FIDUCIA)

IMPORTANZA DELLE RELAZIONI

COMPRENSIONE E AUTOCONSAPEVOLEZZA

COLLABORAZIONE E COERENZA TERAPUTI/FAMIGLIA/SCUOLA





Grazie per l'attenzione

LA SEDIA
GIALLA
I PROFESSIONISTI DELLA CRESCITA

Dr.ssa De Carlo Debora
Neuropsichiatra Infantile
d.decarlo@lasediagialla.it
Tel 3400644457
www.lasediagialla.it