

" ... L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità è un processo irreversibile, e proprio per questo non può adagiarsi su pratiche disimpegnate che svuotano il senso pedagogico, culturale e sociale dell'integrazione trasformandola da un processo di crescita per gli alunni con disabilità e per i loro compagni a una procedura solamente attenta alla correttezza degli adempimenti burocratici. Dietro alla coraggiosa scelta della scuola italiana di aprire le classi normali affinché diventassero effettivamente e per tutti "comuni", c'è una concezione alta tanto dell'istruzione quanto della persona umana, che trova nell'educazione il momento prioritario del proprio sviluppo e della maturazione".  
(Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. MIUR, 4.8.2009).

## INTRODUZIONE

Il presente documento si pone l'obiettivo di definire criteri orientativi in merito al processo valutativo dei professionisti del Collegio e dell'Organismo di Riesame sull'attività certificatoria, in specifico per i "casi limite", al fine di uniformare il più possibile le scelte decisionali e di garantire alle famiglie richiedenti ed agli alunni, trasparenza ed uniformità di valutazione nella certificazione.

In questi ultimi anni nell'ambito della disabilità, emerge sempre più l'importanza di considerare la stessa non solo dal punto di vista della gravità ma soprattutto per la sua complessità.

È infatti la complessità che va meglio a rappresentare l'incrocio tra i bisogni esistenti delle persone e le risposte necessarie, soprattutto quando si tratta di soggetti in età evolutiva. Il termine complessità sottolinea il fatto che la contemporanea presenza di diversi aspetti clinici non determina semplicemente una somma di problemi ma implica l'interazione continua dei diversi elementi secondo modalità non lineari in positivo o in negativo.

Il presente documento è il frutto dell'attività del Gruppo di Lavoro composto da vari professionisti che operano all'interno del Collegio di Accertamento, dell'Organismo di Riesame, del Servizio Fragilità e della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), per approfondire alcune diagnosi che ricorrono maggiormente nelle certificazioni ai fini della valutazione dell'alunno con disabilità, e che a volte pongono dubbi sulla legittimità o meno della certificazione, sottolineando i punti sui quali il gruppo concorda.

Gli argomenti approfonditi nel documento sono i seguenti:

- 1 Disturbi neuropsicologici**
- 2 Ritardo mentale/borderline cognitivo**
- 3 Disturbi psichici**
- 4 Autismo**
- 5 Ritardo psicomotorio in età prescolare**
- 6 Trattenimenti.**

La diagnosi in sé non sancisce l'esistenza di una condizione di handicap; l'evoluzione concettuale del termine "disabilità" si definisce all'interno del **modello ICF** "come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo".

Pertanto ogni condizione clinica può essere coinvolta in una situazione di handicap, la valutazione dello stato di handicap implica necessariamente una valutazione della relazione del soggetto con il suo ambiente e con i compiti che in esso è chiamato a sostenere.

Il sistema di classificazione diagnostico riconosciuto è l'**ICD10**; non sono pertanto ammissibili dizioni e codici diagnostici differenti.

Si riportano di seguito i criteri individuati.

### **1 Disturbi neuropsicologici**

Rappresentano quei disturbi della sfera neuropsicologica e non cognitiva, propri dell'età evolutiva.

Clinicamente si distinguono in:

– **Disturbi specifici di linguaggio (DSL); ICD10, F80**

- **Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (DSA); ICD10, F81**
- **Disturbi evolutivi specifici della funzione motoria (DFM); ICD10, F82**
- **Disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD); ICD10, F900 (pur rientrando nell'asse 1 dell'ICD10, disturbi psichiatrici, è da considerare almeno funzionalmente come disturbo neuropsicologico).**

La diagnosi di **Disturbo neuropsicologico (NPSI)** si basa essenzialmente su due principi: il criterio di esclusione e il criterio di discrepanza.

Il primo deve escludere altre patologie (ritardo mentale, deficit neurologici, sensoriali, disturbi affettivi primari), il secondo evidenziare che non c'è corrispondenza tra intelligenza del bambino e risultati scolastici.

Per porre diagnosi di disturbo NPSI è quindi importante valutare il livello intellettivo generale: l'ICD-10 fissa come criterio di esclusione un QI < di 70.

Si evidenzia che la scelta della categoria diagnostica deve essere effettuata sulla base di una valutazione globale delle capacità, e non sull'esame di una singola area di compromissione specifica, ossia, vanno considerate le informazioni relative all'evidenza clinica, all'adattamento sociale e alla prestazione ai test psicometrici.

Nel caso di un disturbo NPSI caratterizzato da:

- un rendimento intellettivo nella media o poco al di sotto di essa
- assenza di elementi di gravità/pervasività.

NON si ritiene opportuno procedere alla certificazione.

Per la categoria dei disturbi NPSI la richiesta di certificazione è opportuna solo quando:

- 1 si realizza un quadro di comorbidità neuropsicologica (**Disturbi evolutivi specifici misti**; ICD10, F83) con ricaduta sul livello cognitivo del bambino evidenziato dalla scala WISC III o IV: è relativamente frequente che tali bambini realizzino un quadro cognitivo che si colloca nell'area border o ai limiti inferiori, pur mostrando in altri test (Matrici di Raven, Leiter) risorse adeguate.
- 2 Un singolo disturbo NPSI, sia isolato o in comorbidità con altri, si presenta in forma molto grave, in particolare DSA, tale da necessitare di una semplificazione rilevante dei contenuti e non solo degli strumenti. È importante sottolineare che il disturbo deve connotarsi non solo come grave, ma avere una ricaduta a cascata sulle altre competenze NPSI e sull'equilibrio emotivo dell'alunno (problematiche di ansia, inibizione cognitiva e/o relazionale).

Negli altri casi che non corrispondono a tale quadro non si ritiene opportuno procedere alla certificazione come specificato dalla legge 170/2010 ("Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico").

Seppur con una sottolineatura peculiare per li DSA, come previsto dalla L. 170/2010, si evidenzia come per i Disturbi NPSI sia opportuno invitare i docenti ad utilizzare gli strumenti compensativi e le misure dispensative indicate, specificando che la loro attuazione rientra all'interno delle azioni di personalizzazione didattica e che in tali casi non è applicabile quanto indicato dalla L. 104/92 essendo tale condizione clinica rinvenibile solo in soggetti con un'intelligenza almeno nella norma e senza menomazioni di alcun tipo.

## **2 Ritardo mentale**

Le variabili determinanti da considerare, previste dall'ICD 10 sono:

- ridotta prestazione cognitiva
- diminuita competenza sociale

Classificazione del ritardo mentale definita dall'ICD 10:

**F70** Ritardo mentale Lieve QI compreso tra 50 e 69

**F71** Ritardo mentale di Media gravità QI compreso tra 35 e 49

**F72** Ritardo mentale Grave QI compreso tra 20 e 34

**F73** Ritardo mentale profondo QI inferiore a 20

**F78** Ritardo mentale di altro tipo

### **F79** Ritardo mentale non specificato.

Il quadro clinico di *funzionamento limite* non è riconosciuto dall'ICD 10; nella maggior parte dei casi, come detto sopra, esprime un disturbo NPSI misto: F83 Disturbi evolutivi specifici misti e F81.9 Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificate.

La certificazione si rilascia con QI uguale o inferiore a 70 e avvalendosi di una valutazione del deficit di adattamento.

La valutazione quantitativa effettuata con il test psicometrico, determina un Q.I. il cui valore soglia, per distinguere la condizione di ritardo da quella di normalità, è fissato a livello di 70; si ritiene importante precisare che anche questo dato numerico deve essere valutato in modo elastico e non rigido; lo stesso DSM 5 fissa **una tolleranza di circa 5 punti, nel range fra la condizione di handicap e di normalità**. Con ciò si intende il fatto che un soggetto con un Q.I. di 75 può essere definito con handicap mentale se il livello di comportamento adattivo fa ritenere che vi sia una condizione di svantaggio e viceversa, cioè un Q.I. di 65 non rappresenta necessariamente una condizione di ritardo mentale.

### **Handicap e handicap grave** (legge 104/92 Art. 2 comma 1 handicap e comma 3 handicap grave).

Si evidenzia che un handicap di grado lieve, determina indubbiamente una condizione di handicap dal punto di vista dell'apprendimento scolastico; la **condizione di gravità** deve invece essere certificata solo per i livelli di handicap intellettuale che si situano a partire dal grado "Grave", la sopra citata legge 104/92 all'art. 2 comma 3 recita:

*"Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici".*

Qualora nella documentazione presentata dalla famiglia sia presente il certificato d'invalidità con handicap o handicap grave, il giudizio da parte del Collegio o dell'Organismo del Riesame deve essere "indipendente", in quanto la condizione definita della L. 104/92 all'art. 2 comma 1 e comma 3 in questo caso è riferita all'ambito dell'integrazione scolastica.

### **I casi soglia**

I casi soglia, cioè quelli diagnosticati come "livello intellettuale limite", o "ai limiti inferiori della norma", possono dare diritto ad un riconoscimento di handicap scolastico solo se l'ambiente socio-culturale del bambino non è in grado di garantire il supporto necessario alla maturazione didattica/cognitiva, determinando di fatto un impoverimento cognitivo.

Al fine di permettere alla commissione un migliore azione decisionale, la documentazione minima da allegare al certificato diagnostico deve comprendere:

- la copia del frontespizio del test di intelligenza, oppure relazioni in cui siano chiaramente evidenziati i valori ottenuti
- una relazione sintetica contenente l'osservazione clinica relativa alle aree di funzionamento sociale di maggior compromissione.

### **Valutazione intellettuale dei soggetti stranieri**

Una questione importante che in questi anni si presenta con sempre maggiore frequenza riguarda la valutazione intellettuale dei soggetti stranieri, che a volte hanno poca o nulla padronanza della lingua italiana. Come si sa, infatti, la metà delle prove che compongono i test psicometrici in uso è fatta da subtest verbali, per i quali il problema linguistico costituisce una barriera fondamentale.

In attesa che vengano prodotti strumenti standardizzati che permettano di ovviare al problema linguistico, sono usati i soli items di performance, cioè quelle non verbali, del test WISC o WAIS in alternativa o associati a ad altri test come il "Leiter" o le "Matrici Progressive di Raven", ecc..

## **3 Disturbi psichiatrici**

Sono da considerare tutti quei disturbi che temporaneamente o stabilmente determinano una

interferenza rilevante sui processi adattivi, comportando di fatto un arresto (o forte rallentamento) del percorso di apprendimento o una interruzione della frequenza scolastica.

Interessa soprattutto i preadolescenti e adolescenti (scuola secondaria di primo e secondo grado).

In questi casi non è il "cognitivo" che conta ai fini della certificazione, ma la resa didattica o meglio l'"essere" dell'alunno nel contesto scuola. Sono da considerare i disturbi dell'umore, i disturbi di ansia (in particolare da separazione con fobia scolare), i disturbi del pensiero.

Un gruppo a parte è dato dai ragazzi con disturbi esternalizzanti, in cui l'elemento comportamentale rappresenta la criticità e pertanto è necessario che la scuola agisca con risorse educative che possono essere messe a disposizione solo con la certificazione di handicap (assistente specializzato). Sono dati da: disturbo della condotta, disturbo bipolare con prevalenza della componente maniacale, disturbi impulsivi, disturbo oppositivo provocatorio, gravi ADHD evoluti in questo tipo di disturbi.

#### **4 Autismo: Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84)**

È raccomandato sempre un invio per la certificazione scolastica, sia nelle forme lievi che gravi.

Una diagnosi compresa tra i disturbi dello spettro autistico comporta per definizione una pervasività in tutte le aree di sviluppo tale da raccomandare un invio per la certificazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica.

La documentazione necessaria alla valutazione deve comprendere, oltre a quanto indispensabile:

– una valutazione del funzionamento cognitivo e linguistico, una valutazione sociale, comportamentale, emotiva ed adattiva comprensiva dei test.

Tali informazioni possono essere rese disponibili sia attraverso un documento riepilogativo dettagliato che riporti anche le risultanze degli strumenti utilizzati (test, check list, ....), sia attraverso le fotocopie del frontespizio dei test impiegati.

#### **5 Ritardo psicomotorio in età prescolare (RPM)**

Il ritardo psicomotorio è la "situazione in cui un bambino non segue i tempi e le tappe di sviluppo attese".

Si caratterizza per il riscontro di un livello evolutivo, più o meno armonico, contrassegnato da modalità motorie, cognitive ed emotivo - affettive normali, ma tipiche di un'età cronologica inferiore. Comprende condizioni in cui disturbi evolutivi dell'eloquio e del linguaggio, si associano a disturbi evolutivi delle capacità scolastiche e della funzione motoria, ma in cui nessun disturbo prevale in maniera tale da costituire la diagnosi principale. È possibile che tali disturbi si associno ad un certo grado di compromissione delle funzioni cognitive.

Non rappresenta una diagnosi ma una "situazione" come descritto sopra. Non è contemplato nelle classificazioni internazionali sia ICD 9 che ICD 10.

Pertanto non è ammissibile una domanda con tale diagnosi.

#### **6 Trattenimenti**

Negli ultimi anni nella pratica clinica è talvolta capitato di essere in dubbio come specialista se "consigliare" l'iscrizione alla scuola elementare oppure se trattenere gli stessi alla scuola materna per alcuni bambini ritenuti "immaturi". Questi bambini erano sì considerati immaturi, ma non li si riteneva in difficoltà al punto tale da richiedere la certificazione di handicap. Per loro, viceversa, sarebbe stato utile un programma "particolareggiato" con obiettivi educativi utili alla crescita armonica del bambino da affrontare con le insegnanti di classe in modo più specifico rispetto al gruppo classe (obiettivi che non implicano necessariamente un rapporto 1:1), talvolta anche solo il tempo avrebbe agito attuando la maturazione.

Le categorie in questione sono spesso:

- bambini nati nell'ultimo trimestre dell'anno solare, stante, in percentuale di mesi rispetto a coetanei nati nei primi due trimestri, la troppo anticipata richiesta di capacità di base (concentrazione, attenzione, controllo psicomotorio ...) ancora, cronologicamente, in via di "assestamento"
- con disturbi NPSI complessi in ritardo nell'acquisizione dei prerequisiti di apprendimento
- bambini adottati (sovente con immaturità, con una grande fatica, emotiva, cognitiva per adattarsi a un

mondo molto diverso).

Non è una soluzione plausibile rilasciare una certificazione di alunno disabile ad un bambino che si presenta "immaturo" e che dalla valutazione specialistica non rientra in una diagnosi precisa.

Si rileva dunque la criticità di quanto riportato nelle Circolari emesse dall'Ufficio Scolastico per la Lombardia riferite ai trattenimenti scolastici che possono essere autorizzati solo in presenza di certificazione di alunno disabile.

La soluzione a tale procedura potrebbe essere il trattenere un anno in più alla scuola materna, alunni riconosciuti immaturi a seguito di valutazione medica o psicologica, senza dover ricorrere obbligatoriamente al riconoscimento di alunno disabile.

### **I Bisogni Educativi Speciali (BES)**

La Direttiva Ministeriale MIUR del 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica" (e successiva circolare n.8 del 6 marzo 2013), ridefinisce e completa il tradizionale approccio all'integrazione scolastica, basato sulla certificazione della disabilità, estendendo il campo di intervento e di responsabilità all'intera area dei Bisogni Educativi Speciali (BES), cioè anche ad alunni non certificati.

La Direttiva stessa ne precisa succintamente il significato:

"l'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di *speciale attenzione* per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse". Quindi la Direttiva delinea e precisa la strategia inclusiva della scuola italiana finalizzata a favorire il diritto all'apprendimento per tutti gli alunni e gli studenti in situazione di difficoltà, in quanto estende a tutti loro il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento ed invita a potenziare la cultura dell'inclusione, anche mediante un approfondimento delle relative competenze degli insegnanti curricolari.

Per quanto sopra non sono certificabili gli alunni con svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse.

#### Ulteriori indicazioni

- 1 In caso di presentazione di ricorso all'Organismo di Riesame, da effettuare entro 30 gg. dalla data del verbale, la richiesta è da considerarsi "accoglibile" solo a fronte della presenza di aggiornamenti e/o integrazioni riferite alla documentazione presentata in prima istanza al Collegio; diversamente può apparire discrepante un esito diverso a fronte di elementi clinici e diagnostici invariati.
- 2 Nelle valutazioni del Collegio che portano ad un esito negativo nel riconoscimento della condizione di handicap, è consigliabile verbalizzarne le motivazioni.

In presenza di valutazioni particolarmente complesse e delicate in capo al Collegio e/o all'Organismo di Riesame, dove i professionisti, nell'unico interesse dell'alunno in condizione di handicap, ritengono necessario adottare soluzioni non in linea con i criteri di cui al presente documento, soluzione da considerarsi comunque di carattere eccezionale, è raccomandabile la stesura di un verbale dal quale si evincano le motivazioni della scelta, verbale che rimane agli atti come documento interno al servizio.

**APPENDICE A**

**RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI**

1. Legge n. 118 del 30 marzo 1971 "Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili."
2. Legge n.104 del 02 febbraio 1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"
3. DPR 24 Febbraio 1994 (G.U. 15 aprile 1994 n. 87) "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap"
4. Decreto Legislativo n.112 del 31 marzo 1998 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59"
5. Legge n.162 del 21 maggio 1998 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave"
6. Legge n.68 del 12 marzo 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
7. Legge n.124 del 3 maggio 1999 "Disposizioni urgenti in materia di personale scolastico"
8. Decreto Ministeriale n.141 del 3 giugno 1999 "Formazione Classi con alunni in situazione di handicap"
9. Legge n.62 del 10 marzo 2000 "Norme per la parità scolastica e disposizioni sul diritto allo studio e all'istruzione"
10. Legge n.328 del 8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
11. Legge n.289 del 27 dicembre 2002 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato: art. 35 comma 7 le ASL provvedono all'individuazione dell'alunno con handicap sulla base di accertamenti collegiali"
12. DPCM 185 del 23 febbraio 2006 "Regolamento attuativo recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap"
13. Legge n.18 del 3 marzo 2009 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità"
14. Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 20 marzo 2009 "Norme per la riorganizzazione della rete scolastica e il razionale ed efficace utilizzo delle risorse umane della scuola, ai sensi dell'articolo 64, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133"
15. Nota Ministero Istruzione n.4274 del 4 agosto 2009 "Linee guida per l'Integrazione Scolastica degli Alunni con Disabilità"
16. Legge n.170 del 8 ottobre 2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico"
17. Accordo Stato-Regioni n.140 del 25 luglio 2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di apprendimento (DSA)"
18. Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"
19. Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013 "Direttiva Ministeriale 27.12.12 -Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica- Indicazioni operative"
20. Nota MIUR 22 novembre 2013 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali. A.S. 2013/2014. Chiarimenti."

## RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

1. Legge Regionale n.23 del 6 dicembre 1999 "Politiche regionali per la famiglia"
2. Legge Regionale n.34 del 14 dicembre 2004 "Politiche regionali per i minori"
3. DGR n°3449 del 7 novembre 2006 Regione Lombardia "Determinazioni sull'accertamento per l'individuazione dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica"
4. Circolare n°28 del 11 dicembre 2006 - Regione Lombardia "Attività di accertamento per l'individuazione dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica ai sensi del DPCM 23 febbraio 2006, n°185. Prime indicazioni ed invio della Deliberazione della Giunta regionale n°3449 del 7 novembre 2006."
5. Legge Regionale n.3 del 12 marzo 2008 "Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario"
6. "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi con disturbi specifici di apprendimento"
7. DGR n.983 del 15 dicembre 2010 Regione Lombardia "Piano d'azione regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità"
8. DGR n.2185 del 4 agosto 2011 Regione Lombardia "Determinazioni in ordine al processo di individuazione e accompagnamento dell'alunno con disabilità ai fini dell'integrazione scolastica"

**ASL di Vallecamonica-Sebino** ha assunto i seguenti provvedimenti:

1. **Decreto n.847 del 22.12.2006** "Istituzione del "Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica" e dell'Organismo di Riesame, di cui alla DGR n. 3449 del 7.11.2006"
2. **Decreto n.198 del 6.3.2012** "Ridefinizione del "Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica" e dell'Organismo di Riesame", che ne definisce anche il "Regolamento"
3. **Decreto n. 614 del 10.7.1015** "Conferma dei componenti il "Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica" e aggiornamento dei componenti dell'Organismo di Riesame".

### Hanno collaborato alla stesura del documento:

Dr.ssa Aure Parolini – Direttore Dipartimento ASSI

Dr. Ermanno Scotti – RUO Servizio Fragilità

Dr.ssa Silvia Cretti – Psicologa Servizio Fragilità

Dr.ssa Arianna Paola Savoldelli – Psicologa Servizio Fragilità

Dr. Francesco Rinaldi - RUO NPJA

Dr.ssa Sara Mometti - Neuropsichiatra NPJA

Dr.ssa Maura Salvini - Assistente Sociale NPJA

Dr.ssa Paola Martinelli - Assistente Sociale NPJA

Dr.ssa Anna Zamboni - Psicologa NPJA

AGGIORNATO AL 21.01.2016

RUO ADF DR. E.SCOTTI