

# Come stendere una relazione diagnostica e di trattamento

di Paolo Michielin

Relazione, referto e certificazione psicologica sono termini utilizzati per indicare un prodotto professionale in forma scritta, nel quale lo psicologo espone i dati raccolti su un determinato caso o problema, li organizza e li riferisce a costrutti psicologici e a modelli teorici, spiega le decisioni prese in merito alla diagnosi e al trattamento e, infine, fornisce indicazioni ai destinatari del prodotto stesso. Secondo il vocabolario della lingua italiana, la relazione è "un resoconto scritto od orale svolto su un incarico o un dato argomento", mentre il referto è "una relazione clinica". Il certificato è, in generale, "l'attestazione scritta, da parte di un pubblico ufficiale competente, della sussistenza di date condizioni"; più specificamente, e in analogia con le altre professioni, il certificato psicologico è l'attestazione rilasciata dallo psicologo dell'esistenza di un disturbo o di un deficit psicologico o sul funzionamento psicologico della persona. Il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni psicologiche comprende numerose voci in cui vengono usati questi termini, e in particolare: certificazione e relazione breve di trattamento; analisi e stesura di relazione psicologico-clinica (con descrizione analitica delle valutazioni psicodiagnostiche, sintesi clinica ed eventuale progetto d'intervento); certificazione e relazione breve psicodiagnostica; refertazione a uso pensioni, idoneità alla guida o al porto d'armi; refertazione per valutazione dei postumi d'infortunio o d'incidente. La relazione non è, in genere, il prodotto principale dell'intervento clinico dello psicologo, ma piuttosto una parte accessoria e strumentale a altre attività e al raggiungimento di obiettivi più ampi, salvo nei casi delle perizie, delle consulenze tecniche giudiziali e di specifiche forme di certificazione. Essa ha molte caratteristiche in comune con l'attività di restituzione e con la contrattazione dell'intervento che vengono svolte in forma orale con il paziente/ cliente. La relazione,

anche per la sua forma scritta, meno equivocabile e più duratura nel tempo di quella orale, impegna fortemente la responsabilità professionale dello psicologo, da un punto di vista sia giuridico che deontologico. Il Codice Deontologico ha almeno quattro articoli che vanno tenuti presenti nella stesura di una relazione. (Art. 7) Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, lo psicologo valuta attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte; espone, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile. (Art. 11) Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti. (Art. 24) Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato. Se la prestazione professionale ha carattere di continuità nel tempo, dovrà esserne indicata, ove possibile, la prevedibile durata. (Art. 25) Lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone. Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i sog-

getti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio. Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti. Questi principi deontologici richiamano, e danno un più preciso significato, alle indicazioni di legge in materia di tutela della persona assistita e di riconoscimento dei suoi diritti, di rispetto della privacy, di considerazione dei limiti delle proprie competenze professionali (in particolare, a fronte di quelle mediche). Essi ribadiscono il diritto della persona ad essere informata, a negoziare l'intervento che la riguarda e ad esprimere il proprio consenso; da questo punto di vista, la relazione deve essere pensata in funzione della persona a cui è destinata, dei suoi bisogni informativi e del suo livello di comprensione. "Cerca di trovare qual è la vera domanda a cui il cliente vuol avere risposta" (Boncori, 1993). Il destinatario può essere la persona stessa oppure il medico che la ha inviata (medico di medicina generale o specialista), il responsabile della struttura che la ha in carico, una commissione sanitaria, un'istituzione...; nella maggior parte dei casi, e quando possibile, è però preferibile che la relazione sia redatta in modo tale da essere comprensibile e adatta anche alla persona e che sia consegnata a questa, per tutti gli usi che intende farne. In questo modo, tra l'altro, si risolvono i principali problemi di privacy. Considerando che la relazione può essere usata dalla persona per fini e in contesti diversi, è opportuno che lo psicologo li specifichi chiaramente per tutelarsi da un utilizzo inappropriato. Un esempio ormai frequente riguarda il mobbing: un paziente potrebbe richiedere una valutazione per disagio e sintomi psichici nella prospettiva di iniziare un trattamento ma, in realtà, per procurarsi la documentazione per una causa di lavoro che ha intenzione di intentare. E' evidente che, ai fini di ottenere un risarcimento, il paziente potrebbe simulare un disturbo che non ha e che lo psicologo, in una prospettiva di valutazione e di refertazione esclusivamente

clinica, può non prestare adeguata attenzione al rischio di simulazione. Per questi diversi motivi, una buona formula per chiudere una relazione può essere: "La presente relazione è stata compilata a fini esclusivamente clinici e su richiesta dell'interessato, nelle cui mani viene consegnata". Per la migliore comprensibilità, e considerato che i termini tecnici utilizzati per designare i fatti di interesse psicologico, i costrutti e le categorie nosografiche sono lontani dall'essere standardizzati, è necessario utilizzare un linguaggio semplice e chiaro, per quanto possibile non tecnico e comunque non gergale, e una sintassi essenziale, con frasi brevi e dalla costruzione diretta. Lo stralcio di una relazione (autentica) può esemplificare come ancora oggi si facciano relazioni comprensibili solo da pochissime persone di un ristretto giro di iniziati, e del tutto incomprensibili per la persona e per il medico di medicina generale, ma anche per il collega psicologo a cui era indirizzata.

"Sembra che il comportamento del paziente, nel suo processo continuo di estensione a tutte le fasi evolutive, abbia subito delle interferenze seriamente negative verso il procedere della vita. È chiaro che sia questa sua problematica sofferenza, attentamente definita nel contesto della centralità della linea di Abraham (tendente al di là?)...

In linea con la formulazione del non facile caso, viene inoltre osservato che i pensieri, sensazioni, azioni manifeste e le spiegazioni circa i motivi per cui l'attuale mantenimento comportamentale si manifesta, offrono l'ipotesi sulle cause di formazione arcaica a presenza materna."

La relazione espone una grande varietà di informazioni e deve specificare le fonti diverse da cui derivano e le procedure diverse con cui sono state raccolte (colloqui con la persona, con i familiari e altre persone significative, osservazione del comportamento in situazioni reali e simulate, test psicologici e interviste strutturate, misurazioni psicofisiologiche...).

La correlazione tra le informazioni ottenute da fonti o con metodi diversi in genere non è elevata e le discrepanze vanno evidenziate, e per quanto possibile

spiegate, non nascoste. Il significato di ciascuna informazione e i limiti di attendibilità e di validità dei diversi metodi vanno indicati, anche ricorrendo alla terminologia appropriata (ad es. "la persona lamenta di avere insufficiente erezione" e non "la persona ha un'erezione insufficiente"). Le affermazioni devono avere un significato chiaro e univoco e fare riferimento ai fatti; il richiamo a costrutti psicologici e la concettualizzazione sulla base di modelli teorici deve essere giustificata sulla base dei fatti, e non sostituirsi ad essi. Il processo attraverso il quale si arriva a determinate conclusioni e si prendono decisioni deve essere chiaramente esposto e giustificato (Boncori, 1993), facendo se necessario riferimento alle possibili interpretazioni alternative. La lunghezza e la struttura di una relazione sono variabili a seconda degli scopi e dei contesti; una struttura standard da adattare poi nella pratica è:

- motivo della consulenza e descrizione del problema/ disturbo;
- descrizione della persona, delle sue caratteristiche e della sua storia;
- esposizione delle procedure utilizzate per raccogliere le informazioni e per indagare il problema;
- esposizione delle informazioni raccolte sul problema/ disturbo e dei risultati di eventuali prove/ test psicologici;
- discussione dei risultati, loro interpretazione/ concettualizzazione all'interno di un modello teorico;
- conclusioni, eventualmente con una diagnosi nosografica, e proposte di intervento/ trattamento.

Quanto alla lunghezza, occorre considerare che una delle fatiche maggiori nella stesura della relazione, ma ancora prima nell'analisi del caso e nella presa di decisione, consiste nel selezionare le informazioni davvero pertinenti e rilevanti e che una relazione eccedente le tre pagine quasi mai è necessaria e porta spesso alla conseguenza che i destinatari, soprattutto i colleghi psicologi e i medici, non la leggono per intero.

Di seguito sono esposte due relazioni che possono rappresentare, in campi diversi, uno standard di buona pratica.

Dott. XXX-YYY - Psicologo psicoterapeuta

Via ZZZ - UUU

Relazione psico-diagnostica

Sig. AAA-BBB, nato a KKK il 2.1.1972

residente a JJJ in via LLL

Il sig. AAA-BBB ha svolto la valutazione psico-diagnostica su indicazione del medico di m.g. e nella prospettiva di iniziare un trattamento psicoterapeutico per ossessioni e compulsioni che risultano sempre più invalidanti e fonte di disagio, nonostante da circa un anno sia in trattamento con farmaci antidepressivi e ansiolitici. Vive con i genitori e un fratello di 26 anni; una sorella di 34 anni, che rappresenta il legame familiare più forte, da 8 mesi si è sposata ed è andata a vivere a VVV. I rapporti in famiglia, valutati come buoni fino ad un paio d'anni fa, sono diventati difficili e conflittuali, in particolare a causa delle richieste che il paziente fa ai familiari di attenersi a procedure accurate di pulizia e decontaminazione quando rientrano in casa, richieste che causano forti litigi, in particolare con il fratello minore ("non capisce che è una malattia"). Da circa 3 anni ha una relazione affettiva stabile con una coetanea, conosciuta sul lavoro; descrive questa relazione come abbastanza serena ed affettuosa; la prospettiva è quella di andare a convivere entro 1-2 anni, ma "comunque solo quando mi sarà passato il disturbo". "E' una ragazza semplice, equilibrata, non particolarmente bella, ma che ha gusti simili ai miei e mi sta molto vicina". Riferisce una diminuzione del desiderio sessuale, in particolare "il pensiero di rapporti sessuali gli dà fastidio" perché portano a contaminazione con secrezioni di altre persone. Si tratta di una preoccupazione sorta o comunque accentuatasi negli ultimi mesi e che ha portato ad un evitamento delle situazioni di intimità fisica e dei rapporti sessuali. Quando, comunque, si viene a trovare nella situazione favorevole ed è "travolto dal desiderio", ha (circa 2 volte al mese) rapporti sessuali completi, normali e soddisfacenti per entrambi; resiste anche all'impulso di lavarsi e decontaminarsi subito dopo il rapporto. Non ha altre relazioni di confidenza e, 2-3 volte al mese esce con amici del paese per andare al pub

o ad assistere a manifestazioni sportive. Da alcuni mesi non pratica né sport né altre attività motorie, a causa delle limitazioni di movimento; in passato faceva escursioni in montagna e footing. I suoi passatempi preferiti sono i film, la musica country, il giardinaggio (che pratica sempre meno a causa della paura di contaminarsi) e la collezione di monete. Ha la maturità scientifica e lavora come impiegato in una scuola statale; il lavoro gli procura “abbastanza soddisfazione”, ma da pochi mesi ha dovuto trasferirsi in una scuola più distante da casa della precedente, in cui “il lavoro è poco organizzato e i colleghi sono rompiscatole” e “con la conseguenza di forti spese di viaggio”. Questi e altri eventi (famiglia, lavoro, abitudini di vita) hanno determinato nell’ultimo anno un insieme di cambiamenti e un carico di stress che possono aver influito sull’aggravamento del disturbo psichico, nonostante la terapia farmacologica.

Il paziente ha ottenuto i seguenti risultati:

#### Batteria psicodiagnostica CBA 2.0 - Scale Primarie

INDICE	punteggio	percentile
STAI X1	33	36
STAI X2	50	89
EPQ/R – E	5	23
EPQ/R – N	8	78
EPQ/R – P	2	39
EPQ/R – L	7	25
QPF/R	52	90
IP/R – F	81	81
IP/R – PH	3	67
IP/R – 1	20	71
IP/R – 2	24	67
IP/R – 3	11	81
IP/R – 4	12	97
IP/R – 5	10	76
QD	16	99
MOCQ/R	17	99
MOCQ/R – 1	8	96
MOCQ/R – 2	6	96
MOCQ/R – 3	4	97

Gli approfondimenti attraverso il colloquio e l’utilizzo di specifiche prove hanno dato le seguenti informazioni.

#### YBOCS

Il paziente ha ossessioni di contaminazione, consistenti nella preoccupazione e disgusto per rifiuti corporei o escrezioni di animali, anche domestici.

La conseguenza di poter contrarre malattie è considerata, ma prevalente è il disgusto per la condizione di contatto sugli indumenti e sulla pelle degli escrementi, “per lo sporco e per il cattivo odore che portano”.

I pensieri ossessivi occupano da 1 a 3 ore al giorno e gli intervalli liberi da essi non superano le 3 ore al giorno consecutive. L’interferenza delle ossessioni nelle attività quotidiane è moderata, mentre il disagio soggettivo è grave. Il paziente fa qualche sforzo per resistere alle ossessioni e qualche volta è in grado di allontanarle (controllo moderato) (punteggio ossessioni = 11). Le principali compulsioni riguardano il togliere le scarpe prima di entrare in casa, il cambiarsi gli indumenti, il lavarsi ripetutamente le mani, il volto e ogni parte del corpo scoperta. Il paziente chiede ai familiari di prendere analoghe “precauzioni”. Altre compulsioni riguardano misure per prevenire il contatto con le sostanze contaminanti, consistenti in un “controllo tipo radar” dei marciapiedi e di ogni luogo in cui cammina, non solo visivo ma anche olfattivo, alla ricerca di possibili tracce di rifiuti o escrezioni. Il tempo impiegato in atti compulsivi è di circa 2 ore al giorno, l’intervallo libero non supera le 3 ore consecutive e l’interferenza con le attività quotidiane, delle compulsioni ma soprattutto degli evitamenti, è grave. Il disagio associato è grave e, se le compulsioni vengono interrotte, la persona sperimenta un forte aumento dell’ansia; a causa di ciò, fa pochi sforzi per resistere e ha poco controllo sulle compulsioni (punteggio compulsioni = 14). Uno sviluppo che potrebbe avere gravi conseguenze sul benessere psicologico e sulle relazioni affettive della persona è l’estendersi delle ossessioni all’area dei rapporti sessuali. La capacità

di critica delle preoccupazioni e dei comportamenti è discreta. Gravi sono le condotte di evitamento, che lo portano a ridurre al minimo gli spostamenti a piedi in luoghi pubblici ("uso la macchina anche per andare a prendere il giornale"), ad evitare del tutto i luoghi naturali, come parchi o lo stesso giardino di casa. L'evitamento è più marcato quando piove perché "la pioggia scioglie e disperde dappertutto gli escrementi". Il grado di indecisione nella vita quotidiana derivante da questi disturbi è moderato. Non sembrano esservi problemi relativamente al senso di responsabilità, alla lentezza e al dubbio patologico. Globalmente i sintomi si possono valutare come moderati/ gravi e determinano significative riduzioni nel funzionamento.

Beck D.I.

Il paziente ha ottenuto un punteggio totale di 17, indicativo della presenza di manifestazioni depressive di lieve entità, che riguardano il sentirsi scoraggiato circa il futuro, il non godersi le cose come faceva un tempo, il criticarsi per le proprie debolezze, il piangere e l'irritarsi di più e l'aver meno interesse per gli altri che in passato, il non lavorare bene come una volta e lo stancarsi più facilmente e l'aver molto meno interesse per il sesso. Non ha disturbi del sonno o dell'appetito né riferisce ideazione suicidaria. Nonostante il punteggio ottenuto alla specifica scala del CBA, non sembra dunque che il paziente soffra di uno specifico disturbo depressivo. Le diverse manifestazioni, comunque non gravi, sembrano in larga parte secondarie al DOC. Analogamente le paure, rilevate dal fattore 4 dell'IP, sono di recente sviluppo e strettamente collegate alle ossessioni di contaminazione, che infatti si concentrano sui luoghi pubblici e aperti. Anche l'assenza nella storia del paziente di episodi qualificabili come attacchi di panico sconfigura l'ipotesi di un disturbo agorafobico. Il paziente ritiene di avere sempre appetito e di mangiare troppo; in ogni caso l'indice di massa corporea (= 27) indica un lieve sovrappeso e non si rilevano comportamenti alimentari scorretti, in particolare condotte bulimiche. Inoltre, fuma circa 25 sigarette al giorno, vorrebbe smettere di fumare e

sarebbe interessato ad uno specifico trattamento. In conclusione, il paziente soffre di un disturbo ossessivo-compulsivo, con manifestazioni depressive e limitazioni gravi nella mobilità all'esterno che sembrano conseguenti al disturbo. Il disturbo soddisfa i criteri diagnostici del DSM – IV. Esso potrebbe beneficiare di un trattamento psicoterapeutico, principalmente con tecniche di esposizione alle situazioni temute e alla possibilità di contaminazione e prevenzione della risposta, della durata presumibile di 12-15 sedute; esprime interesse e motivazione per questa ipotesi di trattamento.

Azienda Sanitaria Locale di XX -

Servizio di Neuropsicologia

Referto psico-diagnostico

Paziente: CCC-NNN

Età: 74 anni

Scolarità: licenza elementare

Professione: operaia, attualmente in pensione

Motivo dell'esame e anamnesi

L'esame neuropsicologico viene richiesto dai familiari, i quali riferiscono la presenza di deficit mnestici lentamente progressivi, con esordio risalente a 3 anni fa, dopo la morte del marito. Da 6 mesi a questa parte, dopo il decesso di una figlia per incidente stradale, le difficoltà cognitive della paziente sembrano essersi accentuate: abbastanza evidenti sono i deficit di memoria prospettiva (es. vengono dimenticati appuntamenti e scadenze), il rapido oblio dell'informazione mnestica (es. la sig.ra spesso dimentica cose che le sono state dette poco prima oppure di aver già fatto una determinata cosa), i deficit anomici (es. talvolta non ricorda i nomi di alcuni familiari, di oggetti di uso comune o di persone famose), le difficoltà di riconoscimento (es. a volte sembra che non sappia a che cosa serve un oggetto, come un arnese da cucina). Dal punto di vista ecologico, la paziente è ancora in grado di svolgere, con sufficiente autonomia, le attività domestiche, sebbene i familiari abbiano notato un significativo decremento qualitativo nell'espletamento delle stesse. Vengono

segnalati episodi di disorientamento topografico che attualmente rendono la paziente dipendente da altre persone per gli spostamenti in città. Lo stile di guida dell'automobile è diventato imprudente: i familiari segnalano alcuni comportamenti che farebbero pensare ad un rallentamento attentivo e ad errori nella valutazione delle distanze. L'anamnesi patologica remota e prossima consente di escludere la presenza di disturbi clinici di interesse neuropsicologico.

#### Colloquio ed osservazione clinica

Al colloquio e all'osservazione clinica la paziente appare vigile, collaborante ma non del tutto orientata: è presente un significativo disorientamento temporale associato a deficit di memoria autobiografica (es. non viene ricordata la propria data di nascita). Si osservano, inoltre, difficoltà anomiche, deficit di memoria con lieve confabulazione da imbarazzo e una forte fluttuazione tematica. La consapevolezza delle proprie difficoltà è solo parziale e vi è la chiara tendenza a minimizzare i deficit. La capacità di empatizzare e di instaurare una reciprocità emotiva e cognitiva è solo parzialmente adeguata. Il tono dell'umore è orientato in senso depressivo, come evidenziato anche dal punteggio ottenuto al Questionario D della batteria CBA 2.0-Scale Primarie (punteggio = 14 punti  $Z = 1.11$ ).

(v. tabella a pag. 26)

L'esame neuropsicologico standardizzato ha evidenziato una funzionalità cognitiva globale non assimilabile alla norma.

Il quadro è caratterizzato dalla presenza di:

- deficit di memoria a lungo termine, sia in condizioni di apprendimento semplice che complesso, con rapido oblio dell'informazione;
- deficit delle funzioni esecutive; la capacità di attenzione divisa è deficitaria, mentre la flessibilità cognitiva e la capacità di pianificazione sono ai limiti inferiori della norma;
- deficit delle funzioni strumentali (abilità verbali,

capacità gnosico-appercettiva, capacità prassico-costruttiva).

Il quadro deficitario non sembra imputabile a fattori premortosi, come si può ricavare dalla raccolta anamnestica e dal confronto tra il livello intellettivo attuale (WAIS-R:  $QI = 71$ ) e quello premorbo (TIB Q:  $QI = 97$ ), che mette in luce un significativo decremento.

#### Conclusioni

Il profilo neuropsicologico ottenuto non è assimilabile alla norma: sono presenti deficit mnestici, accompagnati sia da difficoltà esecutive che da deficit strumentali. La presenza di questi ultimi non è compatibile con un quadro di deficitarietà cognitiva correlato alla sintomatologia depressiva che, tra l'altro, sembra di lieve entità. Al momento l'inquadramento nosografico più probabile è quello di "Disturbo cognitivo n.a.s." (cod. 294.9). Tuttavia, in base ai risultati dell'esame e alla raccolta anamnestica si sospetta la presenza di una forma di deterioramento cognitivo progressivo-cronico tipo Alzheimer, in fase di esordio.

Per tale motivo si consiglia:

- una visita neurologica specialistica;
- una valutazione neuropsicologica di controllo tra circa 6 mesi, volta a mettere in luce l'eventuale ulteriore declino delle capacità cognitive.

YYY, 1.1.2005  
dott.ssa HHH-KKK

## Risultati delle prove neuropsicologiche

TEST	Punteggio grezzo	Riferimento statistico	Esito
Funzionalità cognitiva globale			
MODA	77.5/100	< cut-off	Deficit
WAIS-R verbale	QI= 71		Ai limiti inferiori
WAIS-R non verbale	QI= 74		Ai limiti inferiori
WAIS-R totale	QI= 71		Ai limiti inferiori
TIB	QI= 97		Nella norma
Test orientamento temporale	73/100	PE= 0	Deficit
Funzioni mestiche			
Digit span	4	PE= 2	Nella norma
Test memoria di prosa	3.2/16	PE= 0	Deficit
Test apprendimento liste - immediato	28/80	> cut-off	Nella norma
Test apprendimento liste - differito	1/16	< cut-off	Deficit
Funzioni esecutive			
Test Matrici attentive (I)	9/10	> cut-off	Nella norma
Test Matrici attentive (II+III)	9/50	PE= 0	Deficit
Test Fluenza verbale	7	PE= 1	Ai limiti inferiori
Test della Torre di Londra	12/18.8	PE= 1	Ai limiti inferiori
Funzioni strumentali			
Test di Denominazione	23/32	PE= 0	Deficit
Token Test	22.5/36	PE= 0	Deficit
Gollin's Incomplete Picture Test	44/60	< 5° perc	Deficit
Test per l'Aprassia costruttiva	6/14	PE= 0	Deficit

\* Punteggi equivalenti – PE= 0 prestazione deficitaria, PE= 1 prestazione ai limiti inferiori della norma, PE= 2 prestazione nella norma, PE=3 prestazione superiore alla norma, PE= 4 prestazione nettamente superiore alla norma

## Bibliografia

Boncori, L. (1993). Teoria e tecniche dei test. Torino: Bollati Boringhieri

Il caso di CCC-NNN è stato ripreso, con alcune modifiche, da un caso presentato da Giuseppe Foderaro sul sito [www.neuropsicologia.it](http://www.neuropsicologia.it)