

## *L'intervento con i minorenni esposti a traumi e le sfide del lavoro multiagenzia nella provincia di Salerno*



***Dott.ssa Francesca Felicia Operto***  
*U.O.C. Neuropsichiatria Infantile*  
*Azienda Ospedaliera Universitaria*  
*San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona*

## Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

- Disturbo Reattivo dell'Attaccamento
- Disturbo da Impegno Sociale Disinibito
- **Disturbo da Stress Post-traumatico (PTSD)**
- Disturbo da Stress Acuto
- Disturbi dell'Adattamento
- Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione



## Alcune manifestazioni del Disturbo da Stress Post-Traumatico

- **Sintomi intrusivi:** ricorrenti e involontari ricordi spiacevoli dell'evento traumatico
- **Sintomi di evitamento:** evitare fatti, persone o emozioni che possono essere associati all'evento traumatico
- **Alterazioni negative di cognizioni e umore** associate all'evento traumatico
- Marcate **alterazioni dell'arousal** e reattività associate all'evento traumatico



*L'esito psicopatologico* delle reazioni a eventi stressanti non si può attribuire alla semplice caratteristica oggettiva dell'evento stressante.

I fattori implicati nello sviluppo e nel mantenimento del PTSD sono:

- tipo di evento stressante
- variabili relative alla vittima
- risposta soggettiva all'evento stressante
- supporto e risorse sociali

## Fattori di rischio

- Quoziente intellettivo basso.
- Alterazioni biologiche.
- Disturbi psicologici/psichiatrici preesistenti.
- Caratteristiche di personalità.
- Il PTSD è positivamente correlato all'emotività negativa, al nevroticismo, all'evitamento del danno, all'ostilità/rabbia di tratto e all'ansia di tratto.
- Caratteristiche dell'evento (carattere improvviso dell'evento, intensità dell'evento, incontrollabilità dell'evento, vicinanza fisica all'evento).

# Conseguenze Neurobiologiche

Le esperienze traumatiche si riferiscono a una serie di vissuti emotivi particolarmente dolorosi e angoscianti che hanno come conseguenza una disregolazione del sistema psicobiologico dell'individuo (Caretti, Capraro, 2008).

**In età evolutiva l'esposizione a eventi traumatici e l'accumulo degli stessi ha importanti conseguenze neurobiologiche.**

**Possono esserci associazioni tra lo stress della prima infanzia e il rischio di malattie mentali e somatiche in età avanzata** (Entringer et al., 2016).

Tramite l'uso di tecniche di neuroimaging è stato evidenziato che il trauma psicologico è al tempo stesso un trauma biologico con cambiamenti a livello chimico e anatomico (Fernandez et al., 2011).

Esperienze precoci di eventi stressanti o traumatici → associate a una **disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene** (*Cicchetti, 2008; Wilson et al., 2011*), che può compromettere lo sviluppo della regione limbica del cervello, i lobi prefrontale e parietale, il corpo calloso e il tronco encefalico (*Andersen et al., 2008; Hart & Rubia, 2012; Whittle et al., 2013*).

La disfunzione in queste aree del cervello può contribuire a difficoltà nello sviluppo della capacità di regolazione delle emozioni, dell'attenzione, della concentrazione, del controllo degli impulsi, apprendimento, memoria dichiarativa verbale, memoria visiva, acquisizione del linguaggio e funzionamento visuospatiale (*Hart & Rubia, 2012; Wilson et al., 2011*).

## TOXIC STRESS AND PTSD IN CHILDREN

### Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life

The prevalence of “toxic stress” and huge downstream consequences in disease, suffering, and financial costs make prevention and early intervention crucial, say **Charles A Nelson and colleagues**

Charles A Nelson,<sup>1</sup> Zulfiqar A Bhutta,<sup>2,3</sup> Nadine Burke Harris,<sup>4</sup> Andrea Danese,<sup>5</sup> Muthanna Samara<sup>6</sup>

L'esposizione precoce a eventi traumatici è associata a un'insufficienza della crescita fisica, ed è stato recentemente dimostrato che è associata a una riduzione del volume cerebrale e a un'alterata connettività funzionale.

Bambini esposti a uno stress psicologico hanno:

- livelli di cortisolo più elevati
- maggior rischio di malattie comuni dell'infanzia (otite media, infezioni virali, asma, dermatite, orticaria, malattie infettive intestinali e infezioni del tratto urinario)
- maggiore rischio di malattie croniche nell'età adulta (malattie cardiovascolari, ictus, cancro, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie renali, diabete, sovrappeso o obesità e depressione)

## *Funzioni Cognitive*

L'esperienza di eventi traumatici, inclusi violenza, abuso o abbandono può causare cambiamenti



**cognitivi**

**emotivi**

**comportamentali**





# Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity

Debora Lee Oh<sup>1\*</sup>, Petra Jerman<sup>1</sup>, Sara Silvério Marques<sup>1</sup>, Kadiatou Koita<sup>1</sup>, Sukhdip Kaur Purewal Boparai<sup>1,2</sup>, Nadine Burke Harris<sup>1</sup> and Monica Bucci<sup>1</sup>

*Systematic Review*  
*35 studi*

Gli studi esaminati hanno riportato **un'associazione tra avversità nell'infanzia e significativi ritardi nello sviluppo cognitivo**: Enlow et al., hanno scoperto che l'esposizione a traumi durante l'età 0–24 mesi era significativamente associato con punteggi cognitivi

Allo stesso modo, Strathearn et al., hanno trovato una significativa associazione tra maltrattamento e ritardo cognitivo all'età di 4 anni.

Richards e Wadsworth hanno visto che i bambini che hanno subito la morte dei genitori o il divorzio avevano punteggi cognitivi più bassi all'età di 8 e 15 anni.



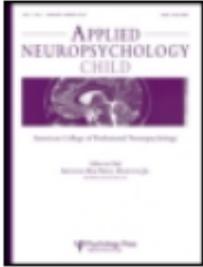
## Esperienze infantili di eventi traumatici



- alterazioni nella memoria
- nell'attenzione
- nelle abilità esecutive
- nel ragionamento astratto

È **importante** includere la valutazione delle funzioni esecutive nell'ambito dell'esame clinico dei bambini maltrattati al fine di valutare l'impatto del maltrattamento sullo sviluppo cognitivo.

Gli interventi psicoterapeutici dovrebbero concentrarsi non solo su specifici sintomi post-traumatici ma anche sull'interiorizzazione associata e sintomi esternalizzanti.



### Executive functions and clinical symptoms in children exposed to maltreatment

Janaína Nuñez Carvalho, Anelise Meurer Renner, Júlia Candia Donat, Tayse Conter de Moura, Rochele Paz Fonseca & Christian Haag Kristensen

Table 1. Sociodemographic variables.

Variables	Maltreatment group <i>n/mean (SD)</i>	Control group <i>n/mean (SD)</i>	$\chi^2/p$
Sex			
F/M ( <i>n</i> )	13/17	8/17	0.389
Age, years/months	10/1 (1/5)	9/9 (1/2)	0.692
Schooling, years	3.60 (1.47)	4.04 (1.20)	0.238
SES	20.40 (4.50)	21.32 (4.99)	0.482

- **Scopo:** valutare se ci siano differenze nel funzionamento esecutivo e nei sintomi clinici tra bambini vittime di abusi e gruppo di controllo.
- **Test somministrati:** Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), Child Behavior Checklist (CBCL) e Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). Ai bambini sono stati somministrati i seguenti strumenti clinici: JVQ, Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) e Children's Depression Inventory (CDI).



**Table 2.** Comparison between groups regarding clinical symptomatology.

Scale	Maltreatment group	Control group	Df	F	p	Effect size (Cohen's d)
	Mean (SD)	Mean (SD)				
CBCL						
Social problems	62.13 (9.21)	57.00 (6.77)	1	5.344	0.025	0.63
Thought problems	60.73 (9.02)	55.76 (7.16)	1	4.761	0.034	0.61
Attention problems	64.17 (9.56)	55.88 (6.10)	1	13.993	0.000	1.03
Post-traumatic symptoms	64.57 (9.14)	59.76 (8.67)	1	2.417	0.052	0.53
Internalizing problems	62.87 (8.14)	58.68 (11.75)	1	7.111	0.126	0.41
Externalizing problems	61.93 (12.22)	54.08 (8.97)	1	9.657	0.010	0.73
Total Problems	64.27 (9.53)	55.72 (10.87)	1	3.949	0.003	0.83
TSCC						
Anxiety	54.00 (10.91)	48.20 (13.09)	1	3.210	0.079	0.48
Depression	52.50 (10.95)	42.36 (8.37)	1	14.392	0.000	1.04
Anger	51.53 (11.87)	41.76 (7.98)	1	12.288	0.001	0.96
Post-traumatic stress	53.00 (11.24)	45.44 (10.63)	1	6.476	0.014	0.69
Dissociation	52.03 (11.10)	43.76 (9.69)	1	8.480	0.000	0.79
Sexual concerns	56.63 (11.84)	49.60 (12.85)	1	4.447	0.040	0.56
CDI						
Depression-total score	17.20 (10.63)	7.04 (4.29)	1	20.056	0.000	1.25
SCAS						
Anxiety-total score	23.00 (11.83)	20.88 (14.62)	1	0.353	0.555	0.15

Notes. CBCL: Child Behavior Checklist (T Score); TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children (T Score); CDI: Children's Depression Inventory (raw scores); SCAS: Spence Children's Anxiety Scale (raw scores).



- I bambini maltrattati avevano più sintomi clinici rispetto ai controlli.
- **I sintomi esternalizzanti sono stati percepiti più facilmente** dai caregiver rispetto ai sintomi interiorizzanti.
- I gruppi differivano nell'interiorizzazione della sintomatologia quando i sintomi sono stati segnalati dai bambini stessi.
- Ciò accade principalmente a causa della difficoltà del caregiver nel riconoscere i sintomi interiorizzanti e la difficoltà dei bambini nel riconoscere i propri sintomi esternalizzanti.
- **Associazione tra maltrattamento infantile e insorgenza di disturbi psichiatrici in età adulta.**

## I disturbi dissociativi

- Sono caratterizzati dalla sconnessione e/o discontinuità della normale integrazione di: coscienza, memoria, emotività, percezione, rappresentazione corporea, comportamento (APA, 2013).
- si riscontrano frequentemente nel periodo successivo a un trauma
- I sintomi dissociativi sono vissuti come:
  - a) intrusioni non volute nella coscienza e nel comportamento,
  - b) incapacità di accedere a informazioni o di controllare funzioni mentali in genere facilmente accessibili e controllabili.

- **Disturbo dissociativo dell'identità:** presenza di 2 o più stati di personalità distinti; episodi ricorrenti di amnesia
- **Amnesia dissociativa:** incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, di solito di natura traumatica o stressogena, non riconducibile a normale dimenticanza
- **Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione:** persistente o ricorrente depersonalizzazione (irrealtà, distacco da sé, dal proprio corpo) e/o derealizzazione (irrealtà o distacco dall'ambiente circostante); l'esame di realtà rimane integro

## OBIETTIVI

**Saper riconoscere il trauma → segnalazione PLS/SERVIZI TERRITORIALI**

**Rispondere alle esigenze**

**Assicurare la continuità dei servizi**

**Facilitare sul territorio la presa in carico presso centri specializzati**

**Risorse e punti di debolezza**

Centro di accoglienza



Screening medico-sanitario



I più attenzionati iter valutativo → diagnosi → equipe  
(medico, psicologo, educatori...)



Programmi di inserimento per le attività (scuola, lavoro...)

Quando finisce il monitoraggio?

## *Trattamenti*

appare necessario un approccio multidisciplinare

- **Trattamento medico**
- **Trattamento psicologico**
- **Supporto alle famiglie**

- **Gli interventi farmacologici** possono essere utili per la prevenzione secondaria dei sintomi del PTSD: SSRI; paroxetina, sertralina... ([Nour Waleed Alhussaini et al., 2021](#))
- **Protocolli terapeutici:**
  - Preschool PTSD Treatment (Sheeringa et al.2010)
  - Trauma focused cognitive behavioral therapy (Cohen et al. 2013)
  - Narrative exposure therapy (Ruf et al. 2010)
  - Integrative treatment of complex trauma for adolescents (Briere & Lanktree, 2013)

**Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial**

Michael S. Scheeringa<sup>1</sup>, Carl F. Weems<sup>2</sup>, Judith A. Cohen<sup>3</sup>, Lisa Amaya-Jackson<sup>4</sup>, and Donald Guthrie<sup>5</sup>

- **Scopo:** efficacia e fattibilità della **TF-CBT** per il trattamento del DSPT in bambini tra 3 e 6 anni esposti a vari tipi di traumi con 4 o più sintomi di DSPT (bambini che hanno subito un trauma acuto; bambini che hanno subito ripetuti eventi cronici; bambini vittime del disastro dell'uragano Katrina)
- **Trattamento:** 12 sessioni. Alcune tecniche utilizzate: **psicoeducazione** sul DSPT, riconoscimento delle **emozioni**, addestramento delle capacità di **coping**, **esposizione graduale** a ricordi legati al trauma con tre modalità (disegni, immaginale e in vivo), **supporto emotivo** per i caregiver
- **Conclusioni:** mentre studi precedenti avevano già dimostrato l'efficacia della TF-CBT per i bambini piccoli con abusi sessuali (Deblinger et al., 2001), questo è il primo a dimostrare l'efficacia per più tipi di eventi traumatici.



# Narrative Exposure Therapy for 7- to 16-year-olds: A Randomized Controlled Trial With Traumatized Refugee Children

Martina Ruf and Maggie Schauer  
*University of Konstanz and Vivo*

Frank Neuner and Claudia Catani  
*Vivo and University of Bielefeld*

Elisabeth Schauer  
*Vivo*

Thomas Elbert  
*University of Konstanz and Vivo*

- **Scopo:** esaminare l'efficacia della terapia dell'esposizione narrativa per bambini (KIDNET) nel trattamento del PTSD nei bambini rifugiati che vivono in esilio
- **Campione:** rifugiati tra i 7 e i 16 anni con DSPT. **Gruppo KIDNET** (n=13) e **Gruppo di controllo** «in lista d'attesa» (n=13)
- **Terapia KIDNET:** costruisce una narrazione cronologica di tutta la sua vita con un focus sull'esposizione a stress traumatico
- **Risultati:** i soggetti del gruppo KIDNET hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi rispetto al controllo, rimasto stabile al follow-up di 12 mesi. Questo studio evidenzia che, se non trattato, il disturbo da stress post-traumatico nei bambini può persistere per un periodo prolungato.



**Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes**

**Martin H. Teicher, M.D., Ph.D. and Jacqueline A. Samson, Ph.D.**

Department of Psychiatry, Harvard Medical School and Developmental Biopsychiatry Research Program, McLean Hospital, Belmont, MA 02478

Review

- Gli autori esaminano la letteratura sul maltrattamento come fattore di rischio per vari disturbi e sulle differenze cliniche tra individui con e senza storia di abusi che condividono la stessa diagnosi.
- **Gli individui vittime di abusi con disturbi depressivi, d'ansia e da uso di sostanze mostrano un età di insorgenza precoce, maggiore gravità dei sintomi, maggiore comorbidità, aumento del rischio di suicidio e peggiore risposta al trattamento rispetto ai soggetti non abusati con le stesse diagnosi.**
- Riduzione del volume dell'ippocampo e iperattività dell'amigdala sono osservati in modo più evidente negli individui abusati e possono rappresentare un fattore di rischio correlato al maltrattamento.

L'espressione fenotipica della psicopatologia può essere fortemente influenzata dall'esposizione a maltrattamenti che portano a una costellazione di ecofenotipi → **linee guida e trattamenti potrebbero essere migliorati in base a queste conoscenze.**



*Differenziare le condizioni*

**Minore accompagnato:** affidati con provvedimento formale a parenti entro il terzo grado regolari.

**Minore non accompagnato:** in ambito europeo e nazionale, si fa riferimento allo straniero (cittadino di Stati *non* appartenenti all'Unione europea e apolide), di età inferiore ai 18 anni, che si trova, per qualsiasi causa, nel territorio nazionale, privo di assistenza e rappresentanza legale. Rientrano in tale definizione anche i minori che vivono con adulti diversi dai genitori, che non ne siano tutori o affidatari in base a un provvedimento formale, in quanto questi minori sono comunque privi di rappresentanza legale in base alla legge italiana.

**Minore già esposto al trauma**

Ai minori stranieri non accompagnati si applicano le norme previste in generale dalla legge italiana in materia di assistenza e protezione dei minori.

- il collocamento in luogo sicuro del minore che si trovi in stato di abbandono
- l'affidamento del minore privo di un ambiente familiare idoneo a una famiglia o a una comunità



Bean et al., 2007: i Minori Stranieri Non Accompagnati → vulnerabili a causa di:

- fattori individuali
- ripetuta esposizione alla violenza
- eventi traumatici precedenti la migrazione e contestuali a essa

Gli studi mostrano forte presenza di disturbi psicosomatici, ansia, psicosi, uso di droghe e alcol (Priebe et al., 2016).

**La separazione dai membri della famiglia e delle reti di supporto rappresenta un fattore di rischio**

(Hebebrand et al., 2016).



Published in final edited form as:

*J Trauma Stress*. 2017 June ; 30(3): 209–218. doi:10.1002/jts.22186.

## Comparing Trauma Exposure, Mental Health Needs, and Service Utilization across Clinical Samples of Refugee, Immigrant, and U.S.-Origin Children

Theresa S. Betancourt<sup>1</sup>, Elizabeth A. Newnham<sup>2,3</sup>, Dina Birman<sup>4,5</sup>, Robert Lee<sup>6</sup>, B. Heidi Ellis<sup>7</sup>, and Christopher M. Layne<sup>8</sup>

**Obiettivo:** confrontare salute mentale tra bambini e adolescenti rifugiati, immigrati e di origine statunitense esposti al trauma.

### Partecipanti:

giovani di età compresa tra 12 e 17 anni che vivono negli Stati Uniti da < 3 anni. I soggetti hanno riferito eventi traumatici vissuti nel loro paese d'origine, durante la migrazione e dopo essersi stabiliti negli Stati Uniti. 2/3 dei giovani hanno subito almeno un evento traumatico: il 44% ha vissuto un evento una volta e il 23% ha vissuto due o più eventi traumatici durante la migrazione.

### Campione:

60 rifugiati(età media 13 anni)  
143 Immigrati (età media 13 anni)  
140 Adolescenti americani (13 anni)



- Rispetto ai giovani di origine statunitense, i giovani rifugiati hanno avuto tassi più elevati di esposizione alla violenza comunitaria, sintomi dissociativi, lutto, somatizzazione e fobie.
- Rispetto agli statunitensi, il gruppo di rifugiati aveva tassi minori di abuso di sostanze e disturbo oppositivo provocatorio.
- sono emerse correlazioni significative tra l'esposizione al trauma durante la migrazione/post-migrazione e PTSD/depressione
- il trauma sperimentato nel paese di origine (pre-migrazione) era significativamente correlato al disturbo d'ansia
- è emersa una correlazione significativa positiva tra età e livello di ansia.



# *Casi clinici*

**E., ragazza di 14 anni.**

*[Disturbo da Stress Post Traumatico - Funzionamento intellettivo limite - Disturbo dell'umore]*

*Informazioni anamnestiche rilevanti:* Adottata dall'età di 6 anni, quando viveva in un orfanotrofio. Non si hanno notizie sulla famiglia di origine. Con l'inserimento alle scuole medie la ragazza aveva presentato difficoltà scolastiche ed emotive, iniziava percorso di psicoterapia individuale, con conclusione dello stesso dopo circa due anni e riferito beneficio. Giunge presso l'ambulatorio di NPI dopo episodio caratterizzato da assunzione di una quantità non meglio precisata di Rivotril con sviluppo di sintomatologia neurologica (svenimenti, atassia, vertigini) e diversi accessi al PS.

Si rilevava presenza di benzodiazepine all'esame tossicologico.

La ragazza si mostra inizialmente chiusa e ritirata, e solo dopo diverse settimane confida di aver assunto la sostanza, consapevole dei possibili effetti collaterali.

Nel corso dei colloqui con i genitori e la ragazza emerge precedente assunzione, in occasione di un litigio con la madre, di una scatola intera di integratori alimentari, nonché episodio caratterizzato da puntura ripetuta con aghi da prelievo reperiti in casa.

La valutazione è stata effettuata mediante: colloqui clinici, somministrazione della WISC IV per il profilo cognitivo (risultato in area limite), questionari self-report e report-form per indagare il profilo emotivo-comportamentale.

La ragazza non si mostra subito disponibile ai colloqui, emerge un tono dell'umore deflesso e lentezza nell'eloquio. Investe poco il canale socio-comunicativo. Sono necessari più incontri perché si senta a proprio agio e sicura nell'ambiente clinico, con progressivo affidamento nei confronti del clinico.

Dai colloqui con la ragazza emerge che, nell'istituto in cui ha vissuto fino ai 6 anni, badava ai bambini più piccoli e riferiti episodi che l'avrebbero spaventata molto. Riferisce di sapere che la mamma sia morta alla sua nascita e il non conoscere le sue origini la turba molto, riferiti sentimenti di rabbia e tristezza.

Emerge un rapporto conflittuale con i genitori adottivi, una sfiducia nei confronti delle persone, e in particolare nell'ultimo periodo un rapporto contrastante con la figura del padre.

Emerge una visione pessimistica del futuro, difficoltà relazionali con i coetanei e confusione rispetto alla propria identità.

Riferiti incubi ricorrenti da diversi anni.

Subtest/Indici	P. Grezzi	P. Ponderati	Indice/QI
Comprensione verbale			
Somiglianze	16	6	
Vocabolario	33	6	
Comprensione	21	8	
<b>Indice Comprensione Verbale</b>		20	<b>80</b>
Ragionamento Visuo-Perceptivo			
Disegno con i cubi	18	4	
Concetti illustrati	10	10	
Ragion. con le matrici	19	7	
<b>Indice Ragionamento Visuo-Perceptivo</b>		21	<b>80</b>
Memoria di lavoro			
Memoria di cifre	10	3	
Riordinamento di numeri e lettere	6	1	
<b>Indice Memoria di Lavoro</b>		4	<b>52</b>
Velocità di elaborazione			
Cifrario	42	5	
Ricerca di simboli	20	6	
<b>Indice Velocità di Elaborazione</b>		11	<b>71</b>
<b>QI Totale</b>		56	<b>64</b>

WISC IV

Scala/subscala	Punteggio QI di dev.	Livello Adattivo
Ricezione		Moderatamente Basso
Espressione		Adeguito
Scrittura		Adeguito
<b>COMUNICAZIONE</b>	<b>72</b>	<b>Moderatamente Basso</b>
Personale		Adeguito
Domestico		Adeguito
Comunità		Moderatamente Basso
<b>VIVERE QUOTIDIANO</b>	<b>95</b>	<b>Adeguito</b>
Relazioni interpersonali		Adeguito
Gioco e tempo libero		Adeguito
Regole Sociali		Moderatamente Basso
<b>SOCIALIZZAZIONE</b>	<b>84</b>	<b>Moderatamente Basso</b>
<b>SCALA COMPOSTA</b>	<b>80</b>	<b>Moderatamente Basso</b>

## Vineland adaptive behaviour scales II

## Children's Depression Inventory

<u>CDI 2 genitori</u>	Punteggi grezzi	Punti T	Classificazione
Problemi emotivi	9	58	Medio
Problemi funzionali	8	52	Medio
<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>56</b>	<b>Medio</b>

<u>Versione Self-Report</u>	Punteggi grezzi	Punti T	Classificazione
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>48</b>	<b>Medio</b>
Problemi emotivi	5	45	Medio
Umore negativo/sintomi fisici	6	58	Medio
Autostima negativa	5	57	Medio
Problemi funzionali	4	54	Medio
Inefficacia	1	40	Medio
Problemi interpersonali	16	90	<b>Molto elevato</b>

Versione genitori		
Scale della MASC 2	Punti T	Classificazione
Punteggio totale	51	Medio
Ansia da separazione/fobie	55	<b>Medio-alto</b>
Indice GAD (Disturbo d'Ansia Generalizzata)	64	<b>Leggermente elevato</b>
Ansia sociale: totale	62	<b>Leggermente elevato</b>
Umiliazione/Rifiuto	53	Medio
Ansia da Prestazione	68	<b>Elevato</b>
Ossessioni e compulsioni	48	Medio
Sintomi fisici: totale	57	<b>Medio-alto</b>
Panico	62	<b>Leggermente elevato</b>
Tensione/Irrequietezza	52	Medio
Evitamento del pericolo	50	Medio

## Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition

Versione self report		
Scale della MASC 2	Punti T	Classificazione
Punteggio totale	40	Medio
Ansia da separazione/fobie	40	Medio
Indice GAD (Disturbo d'Ansia Generalizzata)	45	Medio
Ansia sociale: totale	44	Medio
Umiliazione/Rifiuto	41	Medio
Ansia da Prestazione	49	Medio
Osessioni e compulsioni	57	<b>Medio-alto</b>
Sintomi fisici: totale	47	Medio
Panico	55	<b>Medio-alto</b>
Tensione/Irrequietezza	40	Medio
Evitamento del pericolo	51	Medio

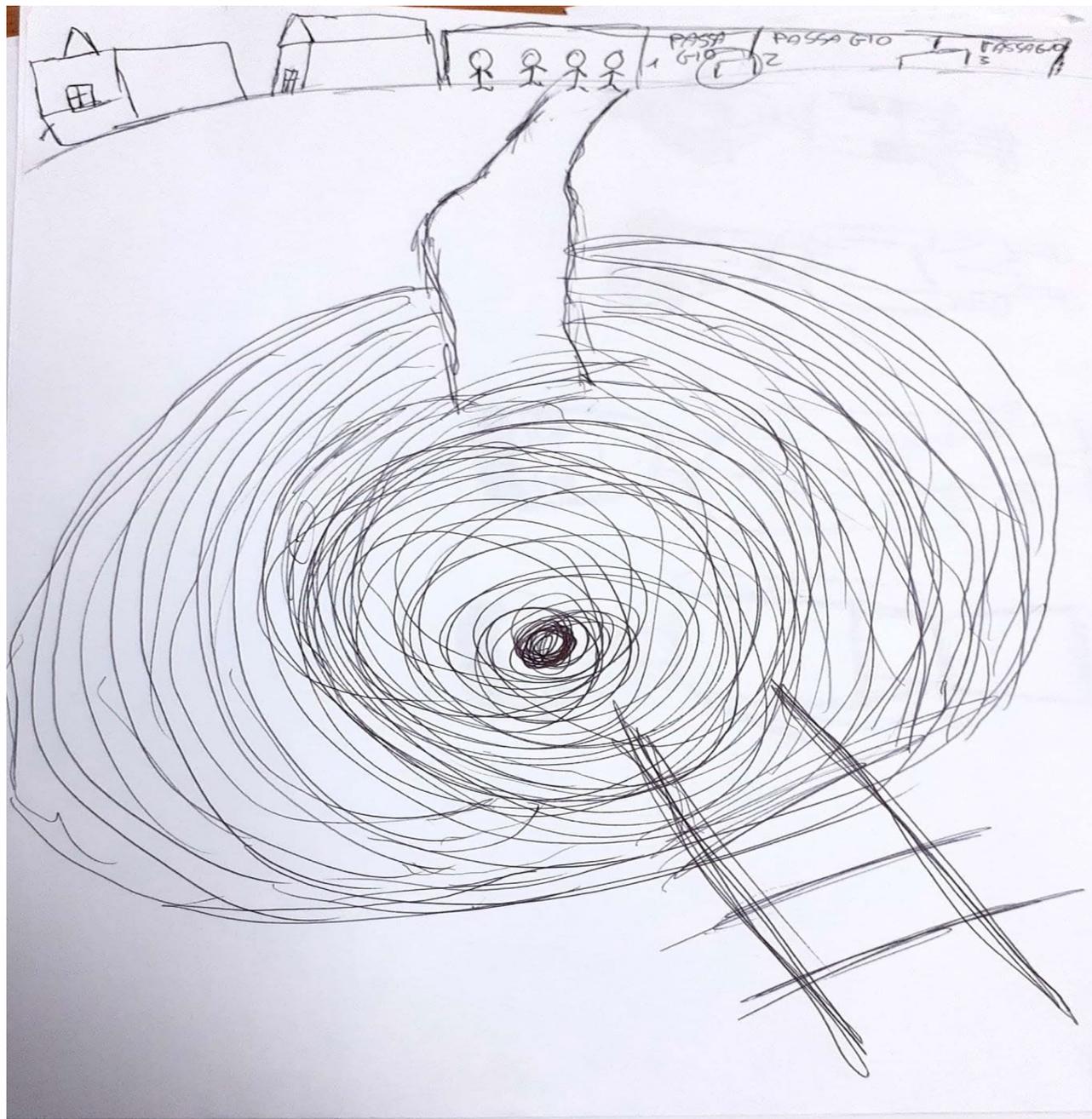
## Child Behavior checklist

Versione Genitori	P.grezzo	T Score	Percentile
Problemi Internalizzanti	16	65-C	93
Problemi Esternalizzanti	16	64-C	92
Problemi Complessivi	62	67-C	96
<b>Borderline and Clinical Range</b>			
Ansia/Depressione	6	59	81
Ritiro/Depressione	6	66-B	95
Lamentele Somatiche	4	62	89
Problemi Sociali	8	69-B	97
Disturbi del Pensiero	7	70-C	>97
Problemi di attenzione	7	63	90
Violazione delle Regole	4	60	84
Comportamento Aggressivo	12	65-B	93

YOUTH SELF REPORT	P. grezzo	T Score	Percentile
Problemi Internalizzanti	14	53	62
Problemi Esternalizzanti	5	42	21
Problemi Complessivi	32	48	42
<b>Scale Sindromiche</b>			
Ansia/Depressione	9	56	73
Ritiro/Depressione	4	51	54
Sintomi Somatici	1	50	<=50
Problemi Sociali	1	50	<=50
Problemi di Pensiero	3	55	69
Problemi di Attenzione	0	50	<=50
Comportamenti di Violazione di Regole	1	50	<=50
Comportamenti Aggressivi	4	50	<=50



**RETE  
INTEGRATA  
TUTELA  
MINORI  
IMMIGRATI**



**Disegno di un  
sogno raccontato  
dalla ragazza**



Si consigliava:

- Proseguimento della presa in carico psicoterapeutica individuale e familiare
- Presa in carico c/o centro specializzato per Disturbo da Stress Post-Traumatico.
- Stretto monitoraggio da parte delle figure di riferimento.
- Proseguimento della frequenza scolastica con attivazione di Piano Didattico Personalizzato (PDP) per ragazzi con Bisogni Educativi Speciali che sia conforme alle necessità di E. e utile a favorire l'accesso agli apprendimenti mediante l'uso di misure dispensative e strumenti compensativi.
- Percorso di potenziamento cognitivo extrascolastico specializzato al fine di favorire gli apprendimenti.

## **G., bambino di 8.5 anni.**

*Funzionamento intellettuale limite. Storia di abusi familiari – genitori biologici tossicodipendenti*

*Informazioni anamnestiche rilevanti:* G. giunge presso la nostra struttura accompagnato dalla madre affidataria da cui accetta di separarsi senza difficoltà. Appare un bambino sorridente e socievole e instaura una buona relazione con l'adulto offrendo spontaneamente degli spunti per la comunicazione e mostrandosi partecipe e reciproco nell'interazione sociale, rispondendo adeguatamente alle sollecitazioni del clinico. Si adatta facilmente al setting e collabora a tutte le attività proposte, affaticandosi però nel mantenere a lungo il focus attentivo sul compito.

Il linguaggio in comprensione appare adeguato all'età. In produzione, l'eloquio spontaneo è intellegibile, ma caratterizzato da alcune difficoltà sul piano fono-articolatorio, probabilmente dovute alla presenza di frenulo linguale corto. Il vocabolario risulta povero e le competenze morfosintattiche e narrative non adeguate all'età.

Durante il colloquio si osserva una difficoltà da parte del piccolo ad accedere a contenuti emotivi e a esprimerli e integrarli adeguatamente. G. si protegge dalle sue insicurezze ricorrendo spesso all'uso della fantasia. Nella produzione grafica, il bambino disegna la figura umana che risulta poco investita e caratterizzata da scarsa differenziazione tra i sessi.

Subtest/Indici	P. Grezzi	P. Ponderati	Indice/QI
<b>Comprensione verbale</b>			
Somiglianze	7	5	
Comprensione	11	7	
Ragion. con le parole	8	7	
<b>Indice Comprensione Verbale</b>		<b>19</b>	<b>78</b>
<b>Ragionamento Visuo-Perceptivo</b>			
Concetti illustrati	14	11	
Ragion. con le matrici	12	9	
Compl. di figure	13	8	
<b>Indice Ragionamento Visuo-Perceptivo</b>		<b>28</b>	<b>95</b>
<b>Memoria di lavoro</b>			
Memoria di cifre	11	6	
Riordinamento numeri e lettere	8	6	
<b>Indice Memoria di Lavoro</b>		<b>12</b>	<b>76</b>
<b>Velocità di elaborazione</b>			
Cifrario	35	9	
Ricerca di simboli	12	6	
<b>Indice Velocità di Elaborazione</b>		<b>15</b>	<b>85</b>
<b>QI Totale</b>		<b>74</b>	<b>79</b>

WISC IV

Scale	P. Grezzi	P. Età Equival.	QI di Dev.	Esito QI
<b>Comunicazione</b>			<b>62</b>	<b>Basso</b>
- Ricezione	28	3 anni e 11 mesi		Moder. Basso
- Espressione	87	5 anni		Moder. Basso
- Scrittura	24	6 anni e 6 mesi		Moder. Basso
<b>A. Quotidiane</b>			<b>104</b>	<b>Adeguito</b>
- Personale	68	8 anni e 11 mesi		Adeguito
- Domestico	26	11 anni e 5 mesi		Moder. Alto
- Comunità	49	8 anni e 2 mesi		Adeguito
<b>Socializzazione</b>			<b>99</b>	<b>Adeguito</b>
- Rel. Interpersonali	65	8 anni e 8 mesi		Adeguito
- Gioco e tempo libero	51	8 anni e 5 mesi		Adeguito
- Regole Sociali	41	8 anni e 2 mesi		Adeguito
<b>QA</b>			<b>87</b>	<b>Adeguito</b>

## Vineland Adaptive Behaviour Scales II

<b><i>Lettura e Comprensione di brano MT</i></b>	P.Grezzo	Prestazione	Percentile
Correttezza	16,5	RII	<5°
Rapidità (numero sillabe)	0,69	RII	<5°
Comprensione (risp. corrette)	2	RII	<5°

*CPR: criterio pienamente raggiunto; PS: prestazione sufficiente; RA: richiesta di attenzione; RII: richiesta di intervento immediato.*

La lettura di brano evidenzia una prestazione al di sotto della norma in termini di rapidità e di correttezza; la comprensione risulta essere al di sotto della media normativa di riferimento. Si specifica che il piccolo non è riuscito a leggere tutto il brano nel tempo previsto (240 sec.) e che la lettura è di tipo sillabico.

	Velocità		Errori
	Sill/Sec	Punti Z	Percentile
<b>Lettura</b>			
<b>Parole</b>	0,69	-2,76	<5°
<b>Non parole</b>	0,70	-1,53	<5°

Errori	Percentile
<b>Lettura</b>	
<b>Compr. Omofone</b>	<5°
<b>Scrittura</b>	
<b>Parole</b>	<5°
<b>Non Parole</b>	<5°

## Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2 (DDE-2)

Risultano punteggi al di sotto della norma nella lettura di parole e non parole, sia nel parametro di accuratezza che di velocità. Al di sotto della media si colloca anche la scrittura di parole e non parole.

## Batteria per la valutazione del linguaggio BVL\_4-12

Prove BVL	DEVIAZIONE STANDARD
Denominazione	-2
Fluenza semantica	-2
Fluenza fonologica	-2
Completamento di frasi	-2
Comprensione lessicale in età scolare	-1.5
Comprensione grammaticale	-2
Ripetizione di frasi	-2

G. presenta una performance al di sotto della norma nei subtest di denominazione (-2DS) e comprensione lessicale (-1,5 DS) che potrebbero essere indice di un bagaglio lessicale non adeguato all'età e/o di difficoltà nelle fasi di selezione e accesso lessicale. Dai risultati delle prove di fluenza semantica (-2DS) e fonologica (-2DS) emergono alcune difficoltà del bambino nel selezionare parole target sulla base di strategie semantiche e fonologiche. Il livello di maturazione del sistema grammaticale è stato valutato attraverso le prove di completamento di frasi, comprensione grammaticale e ripetizione frasi, ed è risultato molto al di sotto (-2 DS) di quanto atteso per l'età.

Versione caregiver	P. grezzo	T Score	Percentile
<b>Problemi Internalizzanti</b>	9	60-B	84
<b>Problemi Esternalizzanti</b>	6	51	54
<b>Problemi Complessivi</b>	36	58	79
<b>Borderline and Clinical Range</b>			
<b>Problemi Ansia/Depressione</b>	8	66-B	95
<b>Problemi Ritiro/Depressione</b>	1	54	65
<b>Lamentele Somatiche</b>	0	50	<=50
<b>Problemi Sociali</b>	5	60	84
<b>Problemi di Pensiero</b>	1	51	54
<b>Problemi Attenzione</b>	8	61	87
<b>Comportamenti Violazione Regole</b>	2	53	62
<b>Comportamenti Aggressivi</b>	4	52	58

\*B= borderline clinical range - C= clinical range

Si consigliava:

- Aiuto pedagogico extrascolastico individuale
- Ciclo di terapia logopedica a indirizzo neuropsicologico, volto a consolidare e potenziare gli apprendimenti scolastici.
- Ciclo di psicoterapia individuale volta alla gestione dell'emotività.
- Supporto psicoeducativo e parent-training rivolto alla coppia genitoriale per informazione, guida e sostegno nelle scelte pedagogiche diretti all'acquisizione di strategie adeguate per la gestione dei vissuti emotivi del proprio figlio
- Inserimento in attività ludico-ricreative per supportare e facilitare l'interazione di Maria Azzurra con il gruppo dei pari.
- Consulenza chirurgica pediatrica per resezione frenulo linguale

**Grazie per l'attenzione!**

