

Polignano a Mare, 28.11.2025

Cognome: [REDACTED]

Nome: XXX

Sesso alla nascita: M

Data di nascita: 21.11.2013

Età: 12 anni

Date di valutazione: 07-14-21.11.2025

Tipo di valutazione: valutazione del profilo cognitivo, adattivo e psicopatologico

Accompagnato da: madre, [REDACTED]

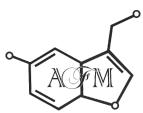
### Anamnesi patologica remota:

Unicogenito in nucleo familiare composto da padre di anni 51 e madre di anni 47 anni. Nato a termine dopo gravidanza normodecorsa da TC per diagnosi prenatale di stenosi critica della valvola polmonare, corretta chirurgicamente. Negata sofferenza perinatale e postnatale. All'età di 4-5 mesi, i genitori identificano asimmetria all'arto superiore, per cui viene effettuata prima visita neurologica da cui emerge la presenza di emiparesi destra di verosimile natura ischemica. Eseguita successivamente RM encefalo che denota piccola area gliotica nucleo-capsulare sinistra. Si avviavano quindi neuropsicomotricità e logopedia. Dominanza manuale sinistra corretta in seguito a diagnosi di emiparesi destra. Negata familiarità per disturbi neurologici e psichiatrici.

Si rimanda ad ultima valutazione eseguita in data 30.05.2023 presso la "ASL BA Presidio Ospedaliero San Paolo Centro Epilessia ed EEG Età Evolutiva" dalla dott.ssa XXX per ulteriori dettagli in merito alla storia anamnestica pregressa.

### Anamnesi patologica prossima:

Attualmente XXX ha 12 anni e frequenta la seconda classe della scuola media [REDACTED] via G. Fortunato con Piano Educativo Personalizzato. Non pratica sport, non effettua intervento riabilitativo. Intervento educativo 1 vlt a settimana (di tipo occupazionale in ambiente sociale). Trascorre i pomeriggi con la nonna materna poiché entrambi i genitori lavorano. Riferito atteggiamento di dipendenza dai device elettronici e dai video youtube, i cui contenuti sarebbero ripetuti successivamente in forme di ecolalia differita. Sonno regolare, presente necessità di dormire il pomeriggio dopo la scuola, in assenza di compromissione del riposo notturno. Alimentazione generalmente varia; la madre riferisce talvolta un apporto calorico superiore al fabbisogno, in linea con il lieve sovrappeso osservato. Autonomie di base in contesto domestico presenti. Si riporta intenzionalità socio-relazionale e comunicativa nei confronti del gruppo dei pari. Buono l'inserimento nel contesto classe, sebbene nel corso degli ultimi due mesi siano riferiti agiti di rabbia in aula quando non è incluso nelle conversazioni di gruppo o se osserva due amici giocare senza che sia coinvolto. Riferita da sempre scarsa attenzione ed ipercinesia, con precedente diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Talvolta presenti atteggiamenti oppositivo-provocatori quando non ottiene ciò che desidera o in presenza di una frustrazione. La madre riferisce difficoltà di autoregolazione in tutti i contesti di vita. Linguaggio presente, ma ripetitivo, con tendenza a chiedere e richiedere le medesime informazioni. Si riporta tendenza alla fantasticheria associata a pattern di pensieri ristretti/ripetitivi. Riferite talvolta crisi di assenza non altrimenti specificate. La madre giunge a valutazione per presa in carico del ragazzo ed avvio di intervento cognitivo-comportamentale.



Alice Montanaro  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ad indirizzo neuropsicologico  
(N° Ordine Regione Puglia 6374)  
alicemontanaropsicoterapeuta@gmail.com / +39 3713664831

### **Esito delle ultime valutazioni (30.05.2023) portate in visione in data 07.11.2025:**

*Funzionamento intellettuale* valutato mediante somministrazione della WISC-IV, da cui emerge la presenza di un QIT pari a 51 (ICV 68; IRP 67; IML 45; IVE 68). Diagnosi alla dimissione: "Epilessia focale lesionale in soggetto con esiti di ischemia cerebrale, associata a disabilità intellettuale di grado lieve".

### **Esito della Valutazione effettuata nel mese di Novembre 2025**

Si riportano di seguito i risultati delle valutazioni strutturate effettuate e dei colloqui con il corpo docenti e l'educatore di XXX.

#### **OSSERVAZIONE CLINICA**

Le valutazioni sono state eseguite in tre sedute distinte, al fine di non affaticare XXX e quindi di ottenere un quadro più rappresentativo delle difficoltà del ragazzo. Durante gli incontri, il p.z. mostra una buona compliance nei confronti dell'esaminatore. Si mostra interessato nei confronti del materiale oggetto di test e si impegna a rispondere correttamente. E' necessario effettuare pause frequenti (ogni 20 minuti) in cui si permetteva a XXX di muoversi liberamente nella stanza e di parlare di un argomento a piacere. Durante i colloqui con la madre, quindi quando non direttamente coinvolto nel compito, XXX manifesta difficoltà di autoregolazione associate a bisogno di richiamare l'attenzione mettendo in atto dei comportamenti che richiedono il rimprovero da parte della mamma. Il linguaggio è ripetitivo sia in termini di forma che di contenuti.

#### **VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI FUNZIONAMENTO COGNITIVO**

E' stata somministrata la scala d'intelligenza **Wisc-IV** (taratura italiana a cura di Orsini, Pezzuti e Picone, 2012). Dalla valutazione emerge un profilo cognitivo al di sotto della norma: **QI Totale <40**; Indice di Comprensione verbale 66; Indice di Ragionamento percettivo 43; Indice di Memoria di lavoro 46; Indice di Velocità di elaborazione 47.

Si elencano i risultati ottenuti nei singoli subtest:

Disegno con i cubi: punteggio ponderato 1;

Somigianze: punteggio ponderato 4;

Memoria di cifre: punteggio ponderato 1;

Concetti illustrati: punteggio ponderato 2;

Cifrario: punteggio ponderato 1;

Vocabolario: punteggio ponderato 3;

Riordinamento di lettere e numeri: punteggio ponderato 1;

Ragionamento con le matrici: punteggio ponderato 1;

Comprensione: punteggio ponderato 6;

Ricerca di simboli: punteggio ponderato 1.

#### **VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI FUNZIONAMENTO ADATTIVO**

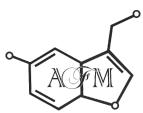
E' stata condotta assieme alla mamma l'intervista semi-strutturata **Vineland-II Survey Interview Form** (ad.it. Balboni et al., 2016) dalla cui analisi emergono i seguenti punteggi:

1) **Dominio Comunicazione:** punteggio QI di deviazione 48 (Livello adattivo basso)

- Ricezione: punteggio V-scale 11

- Espressione: punteggio V-scale 9

- Scrittura: punteggio V-scale 6



Alice Montanaro  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ad indirizzo neuropsicologico  
(N° Ordine Regione Puglia 6374)  
alicemontanaropsicoterapeuta@gmail.com / +39 3713664831

2) **Dominio Abilità del Vivere quotidiano:** punteggio QI di deviazione 36 (Livello adattivo molto basso)

- Personale: punteggio V-scale 6
- Domestico: punteggio V-scale 9
- Comunità: punteggio V-scale 5

3) **Dominio della Socializzazione:** punteggio QI di deviazione 53 (Livello adattivo basso)

- Relazioni Interpersonal: punteggio V-scale 14
- Gioco e tempo libero: punteggio V-scale 7
- Regole sociali: punteggio V-scale 6

Nella **Scala composta** il QI di deviazione risulta di 34 (<1°centili), corrispondente ad un livello adattivo molto basso rispetto all'età di XXX.

## VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA

### Intervista Diagnostica Disturbi Psicopatologici età Evolutiva (IDDPE; Vicari e Pontillo, 2024)

E' stata proposta alla mamma di XXX l'intervista per i Disturbi Psicopatologici in età evolutiva IDDPE (Vicari e Pontillo, 2024). Dal colloquio diagnostico basato sui criteri clinici del DSM 5 -TR emergono criteri compatibili con diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione e di Iperattività a manifestazione combinata. Si evidenziano infatti facile distraibilità, difficoltà a rimanere seduto sia a casa che a scuola ed a mantenere l'attenzione anche quando interessato ad un compito. Commette errori di distrazione e richiede supervisione costante. In maniera associata, si evidenziano impulsività, ipercinesia e loquacità a senso unico, associate a interruzioni frequenti degli altri interlocutori, difficoltà ad aspettare il proprio turno e ad autoregolare le proprie emozioni. Tali difficoltà, che si manifesterebbero in tutti i contesti di vita, interferiscono significativamente con il funzionamento di XXX. Possono emergere comportamenti oppositivi e agiti di rabbia principalmente quando molto stanco o se non assecondato. A casa rispetta le regole, ma può fare fatica a comprenderle. Negata deflessione del tono dell'umore, negata ansia libera, talvolta segnalata enuresi notturna. Da sempre, presente tendenza alla fantasticheria che talvolta si trasforma in difficoltà a discernere tra realtà e fantasia. Riferiti comportamenti ritualistici e pensieri di tipo ossessivo che emergono principalmente quando il pz. ha bisogno di contrastare emozioni forti/spiacevoli (es. ripetizione delle poesie di Dante quando in ansia). Ricerca il gruppo dei pari, sebbene talvolta possa diventare insistente (es. telefona tante volte, richiede eccessivo contatto fisico). Non si evidenzia altra psicopatologia franca.

**DD C-GAS:** Dalla scala di valutazione globale del funzionamento emerge un moderato grado di compromissione del funzionamento nella maggior parte delle aree (pg. 50)

## VALUTAZIONE INDIRETTA: QUESTIONARI PARENT-REPORT

Dall'analisi dei dati ricavati dal **Questionario PSI-SF – Parenting Stress Index** (Abidin, 1995) atto ad indagare lo stress genitoriale e compilato dalla mamma di XXX, emergono i seguenti risultati:

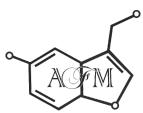
Distress Genitoriale (PD): , pc. 30, nella norma

Interazione genitore-bambino disfunzionale (P-CDI): , pc. 70, clinicamente significativo,

Bambino difficile (DC): , pc. 90, clinicamente significativo

Risposta difensiva (DIF): , pc. nella norma

Stress totale: , pc. 65, ai limiti inferiori della norma



Alice Montanaro  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ad indirizzo neuropsicologico  
(N° Ordine Regione Puglia 6374)  
alicemontanaropsicoterapeuta@gmail.com / +39 3713664831

## IL COLLOQUIO CON I DOCENTI

In data **26.11.2025** si è effettuato un incontro conoscitivo con i docenti di XXX e un'osservazione diretta del ragazzo in ambiente scolastico. La docente di sostegno "...", a nome del corpo docente, riferisce che la soglia attentiva di XXX risulta molto bassa, con difficoltà a mantenere la concentrazione per più di circa 30 minuti. Il ragazzo fatica a rimanere in classe per l'intero tempo previsto; per questo motivo la scuola ha predisposto uno spazio dedicato in cui XXX può svolgere compiti e attività in modo più adeguato ai suoi tempi e alle sue capacità.

I docenti riportano che, grazie all'uso costante di rinforzi e di strategie di token economy, è possibile coinvolgerlo in brevi attività, dalle quali tuttavia tende a disinteressarsi velocemente. Osservano inoltre una forte dipendenza dai dispositivi elettronici e la presenza di pensieri ossessivi legati alla figura di Dante e alle sue poesie. Sono presenti difficoltà di regolazione emotiva; vengono riferiti comportamenti oppositivi con episodi di rabbia, soprattutto in situazioni di elevata frustrazione.

Dall'osservazione del contesto scolastico emerge una buona collaborazione del team docente, che si mostra attento e disponibile nel predisporre gli adattamenti necessari. La creazione di uno spazio personalizzato e l'impiego costante di strategie educativo-comportamentali riflettono l'impegno della scuola nel favorire il benessere e la partecipazione di XXX.

## CONCLUSIONI

In conclusione, dalla valutazione effettuata emerge la presenza di un profilo cognitivo al di sotto della norma. Il funzionamento adattivo risulta altresì significativamente basso rispetto alle attese per la sua età cronologica. Sul piano psicopatologico, si osserva la presenza di un disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività a manifestazione combinata associato a tendenza alla fantasticheria, pattern di interessi/cimportamenti ripetitivi, linguaggio a senso unico e ad atipie socio-relazionali. I questionari parent report confermano la presenza di difficoltà nella gestione di XXX.

## DIAGNOSI

Disabilità Intellettiva di grado moderato (ICD-10: F71; ICD-11: 6A00.1)

Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività a manifestazione combinata (ICD-10: F90.0; ICD-11: 6A05.1).

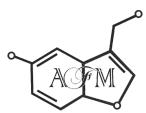
## PER LA FAMIGLIA

Sulla base di quanto emerso dalla valutazione effettuata, si suggerisce:

1. di recarsi presso i servizi territoriali di riferimento per conferma diagnostica da parte del neuropsichiatra di riferimento;
2. di proseguire l'attività educativa con l'educatore, aumentando, se possibile, le ore di lavoro;
3. avvio di un tutoraggio compiti pomeridiano per impegnare il pz. in attività strutturate e per favorire il proseguimento degli apprendimenti scolastici anche a casa;
4. avvio di terapia cognitivo-comportamentale individuale e in piccoli gruppi per aiutare XXX a regolare le capacità attente e le emozioni negative ed a tollerare le piccole frustrazioni.
5. avvio di parent-training per supportare la coppia genitoriale nella gestione dei comportamenti-problema di XXX.

## PER LA SCUOLA

Si raccomanda l'adozione di opportune strategie didattiche come previsto dalle Linee Guida per l'Integrazione alla Disabilità (Prot. N. 4274 del 04.8.2009, Miur) quali lavoro di gruppo e/o a



Alice Montanaro

Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ad indirizzo neuropsicologico  
(N° Ordine Regione Puglia 6374)

alicemontanaropsicoterapeuta@gmail.com / +39 3713664831

coppie, il tutoring, l'apprendimento per scoperta, la suddivisione del tempo in tempi, l'utilizzo di mediatori didattici, di attrezzature e ausili informatici, di software e sussidi specifici.

Va favorita, inoltre, la costruzione attiva della conoscenza, attivando le personali strategie di approccio al sapere, rispettando i ritmi e gli stili di apprendimento e assecondando i meccanismi di autoregolazione. Si suggerisce il ricorso alla metodologia dell'apprendimento cooperativo.

Nello specifico nel caso di XXX si consiglia l'applicazione di un Piano Educativo Individualizzato PEI.

In fede,

**Dott.ssa Alice Montanaro**

*Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale Neuropsicologico Integrata*

<https://orcid.org/0000-0001-7293-2315>