

Dott.ssa Ivana Di Maggio
Psicologo Clinico Forense

N. Iscriz. Albo Psicologi Reg. Sicilia n. 13084-A
Assicuraz. AUPI n. 2020/03/2425586
P. IVA 06252670820
Studio: Viale Michelangelo, 540, 90145, Palermo (PA)
Telefono: 340 140 2677

Dott. Daniele Russo
Psicologo Clinico Forense

Albo n. 3685 sez. A – 07.06.2006
RC profess. AUPI-n. 2020/03/2425586
P. IVA: 06350500820
Studio: Largo Montalto, 5, 90144, Palermo (PA)
Telefono: 349.81.82.809

RELAZIONE DI CONSULENZA TECNICA DI PARTE
nell'interesse del minore
XXXX

Premessa

In data **21.11.25.**, la sottoscritta, dott.ssa **DI MAGGIO Ivana**, *Psicologo Clinico e Forense*, regolarmente iscritta **Albo Psicologi Reg. Sicilia n. 13084-A**, accettava l'incarico di **CTP** su nomina dell'Avv. **XXXX**, difensore di fiducia dei coniugi **XXXX** genitori del minore **XXXX**, nato a Palermo (PA), il 18.07.18., e residente in via G. Vaccari n.53 – (PA), in merito a **R.G. XXXX**.

A seguito dell'incarico, la sottoscritta ha provveduto ad acquisire la documentazione sanitaria, scolastica e amministrativa messa a disposizione dai genitori, nonché, gli atti già prodotti nel fascicolo giudiziario, al fine di procedere a un'analisi tecnica completa e metodologicamente fondata della situazione clinica e funzionale del minore.

Per lo svolgimento dell'incarico, la scrivente si è avvalsa della collaborazione tecnico-operativa del dott. **RUSSO Daniele**, *Psicologo Clinico e Forense*, (Albo: n. 3685/A), il quale ha contribuito nel rispetto dei principi di correttezza professionale e delle vigenti linee guida di settore.

L'incarico è stato svolto nel pieno rispetto delle norme deontologiche della professione psicologica, delle Linee Guida per le prestazioni psicologiche in ambito giuridico-forense (CNOP, 2019) e dei principi di imparzialità, accuratezza metodologica e competenza richiesti nelle valutazioni su soggetti in età evolutiva.

La relazione prodotta è il risultato dell'analisi integrata degli atti disponibili e dei dati emersi dalle attività oggettive di parte, predisposte secondo gli orientamenti teorici, gli standard metodologici di settore, pienamente conformi alle buone pratiche della psicologia clinica e forense dell'età evolutiva (Linee Guida CNOP 2019; SINPIA Linee guida per ADHD e disturbi del comportamento, 2002; Istituto Superiore di Sanità 2011; NICE Guideline NG87, 2018; AACAP Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With ADHD, 2007; American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline for ADHD, 2011, aggiornamento 2019, ecc.).

È possibile sin d'ora affermare, in via preliminare, che le attività di parte svolte hanno consentito di rilevare una serie di criticità metodologiche, lacune valutative e incongruenze interne nella Consulenza Tecnica d'Ufficio (**CTU**) redatta dal dott. **XXXX**, tali da rendere non condivisibili le conclusioni da lui formulate.

1. Criteri Metodologici e Protocollo Operativo di Valutazione

1.1. La presente valutazione di parte è stata condotta secondo i criteri metodologici propri della psicologia clinica e forense dell'età evolutiva, in pieno allineamento con gli standard professionali

del settore. L'intero iter è stato strutturato secondo un approccio multidimensionale che integra l'analisi documentale, i colloqui clinici, le osservazioni strutturate e l'utilizzo di strumenti psicodiagnostici standardizzati, con l'obiettivo di ottenere un profilo accurato, completo e verificabile del funzionamento del minore nei diversi ambiti di vita. L'impostazione metodologica adottata, ha seguito il principio cardine della psicodiagnostica evolutiva e forense, secondo cui, la validità della valutazione, non può derivare da una singola osservazione ma deve emergere dalla convergenza di dati provenienti da più metodi e da più informatori (Anastasi & Urbina, *Psychological Testing*, 1997; Meyer et al., *Psychological Assessment*, 2001; Linee Guida CNOP, 2019; Linee Guida SINPIA; DSM-5-TR; NICE Guideline NG87; American Academy of Pediatrics, 2019).

Tale orientamento, riconosciuto come standard nazionale e internazionale nelle valutazioni psicodiagnostiche e forensi su minorenni, costituisce il quadro di riferimento entro cui sono state condotte tutte le attività di parte.

1.2. Nello specifico:

- Analisi sistematica e comparata di tutta la documentazione clinica, scolastica e sanitaria disponibile, con esame critico dell'attendibilità delle fonti e della coerenza interna ed esterna dei contenuti;
- Ricostruzione longitudinale del decorso clinico, mediante studio evolutivo dei referti sanitari, delle certificazioni specialistiche, dei verbali INPS e della documentazione scolastica, al fine di cogliere la continuità, la cronicità e la pervasività delle difficoltà riportate;
- Integrazione metodologica tra fonti eterogenee, provenienti da servizi sanitari pubblici, ambito scolastico, medico curante e strutture ospedaliere, secondo un approccio multi-informatoriale coerente con le buone prassi della disciplina;
- Riferimento ai criteri diagnostici riconosciuti (DSM-5-TR) e alle principali linee guida nazionali e internazionali per la valutazione dei disturbi del neurosviluppo (SINPIA, ISS, NICE, AACAP, AAP);
- La valutazione del funzionamento adattivo, ritenuto elemento centrale nella stima della gravità clinica e dell'impatto delle difficoltà sulla vita scolastica, familiare e sociale del minore;
- La coerenza metodologica con protocolli psicodiagnostici validati, che richiedono l'integrazione delle dimensioni comportamentale, emotiva, cognitiva e neuropsicologica, requisito imprescindibile nelle valutazioni in età evolutiva;

- Analisi della CTU per valutarne la coerenza metodologica, diagnostica e conclusiva, con particolare riferimento al suo allineamento/scostamento dalle buone prassi riconosciute in ambito clinico-forense e dalle principali linee guida nazionali e internazionali sulla valutazione dei disturbi del neurosviluppo;

1.3. Ai fini della valutazione di parte, sono state svolte le seguenti attività:

- N. 2 Colloqui clinici con i genitori, finalizzati a ricostruire l'anamnesi completa, il funzionamento quotidiano del minore nei diversi contesti di vita e la percezione del carico assistenziale e l'impatto del disturbo sulla famiglia e sulle dinamiche relazionali interne;

- N. 4 Colloqui clinici con l'osservazione strutturata del comportamento del minore **XXXX**, per valutare le competenze relazionali, la regolazione emotiva, il controllo degli impulsi, l'attenzione e la tolleranza alla frustrazione, il rispetto delle regole, la gestione dei compiti, le risposte ai limiti e alle richieste dell'adulto;

Le procedure metodologiche hanno previsto la somministrazione di strumenti psicodiagnostici standardizzati. Nello specifico del minorenne in n. 2 incontri si sono somministrati: WISC-IV, BIA, CBCL, Vineland;

Nello specifico della diade genitoriale e degli insegnanti ci si è avvalsi del test Conners 3;

1.4. La sintesi analitica e multilivello dei risultati testologici, delle osservazioni cliniche, dei dati clinici emersi nei colloqui e delle informazioni documentali, con particolare attenzione alla convergenza o divergenza tra le diverse fonti e alla coerenza interna del profilo funzionale ottenuto, ha permesso la formulazione di un giudizio diagnostico integrato, orientato a definire in modo rigoroso il quadro psicopatologico e neuroevolutivo del piccolo **XXXX**.

Inoltre, tutte le analisi di parte hanno permesso di evidenziare la natura e la profondità delle compromissioni funzionali e il loro impatto sui diversi domini del funzionamento adattivo, consentendo di integrare tali evidenze, in un quadro diagnostico solido e coerente e di pervenire, su base scientificamente fondata, alla determinazione tecnica del grado di compromissione, con specifico riferimento ai criteri normativi relativi all'invalidità civile e all'handicap, in coerenza con la normativa vigente.

2. Analisi Documentale

Documento	Osservazioni riportate	Significatività ai fini peritali	Elementi di affidabilità e coerenza	Aspetti di insufficiente approfondimento	Dati da approfondire nella presente CTP
Verbale NPI	Difficoltà nelle autonomie scolastiche; difficoltà nella gestione del comportamento in aula; necessità di sostegno educativo; compromissione del funzionamento relazionale.	Prima attestazione specialistica pubblica di compromissione e funzionale significativa, con evidenza che le difficoltà sono già strutturate nel XXXX. È documento cardine per la ricostruzione del decorso e della cronicità del quadro	Proviene da servizio NPI, fonte clinica istituzionale; descrive specifiche aree compromesse (scuola, comportamento, relazione); coerente con successive certificazioni e osservazioni scolastiche.	Assenza di una diagnosi formale; mancata indicazione degli strumenti utilizzati; nessuna analisi delle funzioni esecutive.	Livello di autonomia scolastica reale; regolazione comportamentale e rispetto delle regole; qualità delle relazioni con pari e adulti; riscontro tramite CBCL, Conners 3, BIA, WISC-IV.
Domanda INPS	Difficoltà comportamentali rilevanti nella quotidianità; problemi attentivi e cognitivi percepiti come persistenti; necessità di supporto continuativo.	Dimostra la precocità della richiesta di tutela e la percezione familiare della gravità ben prima della CTU. È elemento importante per escludere costruzioni postume.	Documenta continuità delle difficoltà; colloca i problemi in un contesto concreto di carico assistenziale.	Fonte soggettiva; assenza di dati standardizzati.	Esempi comportamentali puntuali; tolleranza alla frustrazione; routine quotidiane; riscontro con scale CBCL/Conners e con funzioni esecutive.
Certificazione NPI	Iperattività marcata; impulsività severa; oppositività significativa; instabilità psicomotoria; capacità	<i>Diagnosi: Disturbo iperkinetico della condotta severo. Prima diagnosi formale di disturbo grave. Si pone in netto contrasto con la successiva CTU, che descrive quadro</i>	Provenienza da NPI pubblico; descrizione clinica dettagliata; invio a centro di secondo livello per valutazione farmacologico	Mancano strumenti utilizzati; assenza di follow-up.	Livelli attuali di impulsività e iperattività; oppositività; performance nei compiti esecutivi (BIA) e attentivi; pattern

	attentiva minima; <i>grave disfunzionalità trasversale ai contesti.</i>	“ <i>contenuto</i> ”.			comportamentale e su CBCL/Connors.
Verbale Invalidità civile (esito: non invalido)	Minore collaborante nel contesto della visita; assenza apparente di limitazioni invalidanti; nessuna iperattività rilevata nella frazione temporale osservata.	È il documento che giustifica la posizione INPS. La sua struttura valutativa, esclusivamente osservativa e non testologica, è centrale nella contestazione tecnica.	E' il provvedimento da cui deriva il contenzioso; permette il confronto diretto tra due metodologie opposte.	Valutazione sintetica e non rappresentativa; assenza di test e di analisi del funzionamento adattivo; nessuna integrazione documentale.	Sintomi persistenti ma non osservabili in setting contenuti; documentazione della cronicità tramite test e anamnesi; correlazione tra esiti CBCL/Connors e disabilità funzionale.
Verbale Handicap (art. 3, comma 1)	comportamento gestibile nella breve visita; riconoscimento generico del disturbo, senza gravità.	Documento istituzionale, ma clinicamente debole; testimonia una valutazione limitata e decontestualizzata, utile a comprendere la sottostima operata dall'INPS.	conferma presenza di disturbo; costituisce oggetto del presente ricorso.	osservazione troppo breve; nessuna valutazione esecutiva/adattiva; mancato utilizzo di strumenti standardizzati.	discrepanza tra condotta in visita e condotta in casa/scuola; riscontro attraverso CBCL, Connors e Vineland.
Certificato medico curante	Iperattività costante; impulsività continua; oppositività marcata; difficoltà a condurre la visita; funzioni attente gravemente compromesse.	Documento di forte valore clinico: descrive difficoltà manifeste in un contesto medico reale, non artificiosamente strutturato.	osservazioni dirette; coerenza con NPI, scuola e documenti successivi	assenza di strumenti formalizzati; mancanza di formulazione neuropsicologica.	riproducibilità delle difficoltà in setting clinico; fallimenti in compiti attentivi (BIA); pattern CBCL/Connors coerente con comportamento descritto.

Piano Terapeutico Riabilitativo ASP	deficit delle funzioni esecutive; severe difficoltà attente; pattern oppositivo provocatorio; disregolazione emotiva; necessità di intervento riabilitativo continuativo.	Documento che certifica la necessità di trattamento strutturato e stabile, indicando chiaramente la gravità del disturbo.	fonte pubblica; obiettivi riabilitativi specifici; coerenza con quadro NPI e scolastico.		verifica delle funzioni esecutive (BIA/WISC); andamento clinico riportato dai genitori; corrispondenza con CBCL/Conners.
Relazione scolastica	aggressività fisica e verbale; fughe dal banco; incapacità di portare a termine compiti; assenza di autonomia materiale; rottura delle regole di classe.	Documento cruciale: fornisce la descrizione più ecologica e quotidiana del funzionamento reale del minore. Contraddice radicalmente la CTU.	osservazioni sistematiche; coerenza con dati clinici; conferma della disabilità scolastica concreta.	natura non sanitaria; assenza di punteggi standardizzati.	replicabilità comportamentale e in sede di valutazione; integrazione tramite CBCL e Connors (versione insegnanti); valutazione adattiva Vineland.
Certificazione NPI <i>Diagnosi: grave disregolazione emotiva + ADHD + ODD</i>	intensa disregolazione emotiva; oppositività persistente; impulsività significativa; difficoltà relazionali diffuse; richiesta di S.E.D.	Aggiornamento diagnostico che conferma la persistenza e la gravità del disturbo. Rende insostenibile la definizione di quadro lieve contenuta nella CTU.	diagnosi specifiche; indicazione di intervento intensivo; continuità con tutto il percorso clinico.	mancanza di dati neuropsicologici; descrizione più clinica che strutturata.	gestione delle emozioni; esplosioni comportamentali ; funzionamento esecutivo; effetti sulle relazioni e autonomie.

Visita ARNAS Civico	grave impulsività; deficit attentivi importanti; oppositività; difficoltà a condurre la visita; necessità di valutare trattamento farmacologico.	Documento ospedaliero ad alta affidabilità clinica. L'indicazione farmacologica è segnale forte di compromissione.	fonte ospedaliera; chiaro nesso tra osservazione clinica e indicazione terapeutica.		tolleranza al setting clinico; correlazione con BIA/Connors; possibile indicazione farmacologica sulla base di dati standardizzati.
Documentazione integrativa	persistenza del quadro; difficoltà stabili nel tempo; scarso adeguamento scolastico; assenza di miglioramenti significativi.	Conferma che alla vigilia della CTU il quadro era gravemente compromesso. Evidenzia la mancata integrazione operata dal CTU.	coerenza con l'intero percorso clinico.		funzionamento attuale; conferma tramite test e colloqui; persistenza dei deficit esecutivi.

2.1. analisi preliminare alla documentazione esaminata

L'analisi sistematica e comparata della documentazione riportata in tabella consente, in via preliminare, di delineare un quadro estremamente chiaro sotto il profilo tecnico-forense.

Nello specifico:

- Convergenza inter-istituzionale su un funzionamento gravemente compromesso.

Tutte le fonti specialistiche — servizi NPIA, medico curante, ASP territoriale, struttura ospedaliera ARNAS e istituzione scolastica — restituiscono un profilo sovrapponibile, caratterizzato da:

- iperattività marcata e non modulabile;
- impulsività grave e scarsamente controllabile;
- oppositività persistente con tratti provocatori;
- compromissione severa delle funzioni esecutive;
- deficit attentivi significativi;
- disregolazione emotiva;

- marcata riduzione del funzionamento adattivo, in particolare sul piano scolastico e relazionale.

La coerenza di tali riscontri in una prospettiva longitudinale (202X–202X) rappresenta sin da subito un indice robusto di attendibilità clinica e di cronicità del quadro, del tutto incompatibile con le ipotesi di transitorietà o reattività situazionale, segnalate dal dott. **XXXX**.

- Stabilità temporale e continuità della compromissione

Dalla prima segnalazione NPIA del 20XX fino alla certificazione specialistica del 20XX, la documentazione mostra una traiettoria uniforme, con assenza di periodi di remissione clinica e con progressivo consolidamento delle difficoltà.

Il decorso evidenzia una condizione: precoce, persistente, trans-contesto, resistente agli interventi già attivati.

Questa lettura temporale contraddice l'ipotesi di un quadro “contenuto” o contingente.

- La documentazione INPS costituisce un'anomalia valutativa

Si segnala che i soli documenti che non rilevano la gravità del quadro a carico del minorenne sono quelli provenienti dalle Commissioni INPS (invalidità e handicap). Le nostre osservazioni hanno permesso di rilevare che questa documentazione risulta essere accomunata da:

- osservazioni estremamente brevi e non allineate con il settore;
- assenza totale di strumenti psicodiagnostici;
- mancata analisi delle funzioni esecutive e del funzionamento adattivo;
- mancata integrazione con il corpo documentale pregresso.

Da ciò, non risulta essere possibile per la parte tenere in considerazione delle analisi che si pongono in completa e totale antitesi con il settore.

2.1.2 Sintesi critica della documentazione clinica, scolastica e sanitaria

Proseguendo, la complessiva analisi della documentazione clinica, scolastica e sanitaria agli atti consente di delineare, invece, un quadro di compromissione stabile, grave e progressivamente strutturata del funzionamento del minore **XXXX**. Sin dalle prime segnalazioni NPIA del 2XXX, infatti, emergono con chiarezza le marcate difficoltà nelle autonomie scolastiche, nella regolazione del comportamento e nella gestione delle relazioni con i pari e con gli adulti, con la necessità di un sostegno educativo continuativo.

Inoltre, le successive certificazioni neuropsichiatriche, i verbali del medico curante, la documentazione ospedaliera e il piano terapeutico riabilitativo dell'ASP, convergono nel

descrivere un disturbo del neurosviluppo con sintomi di iperattività, impulsività, oppositività e grave disfunzionalità attentiva, tale da richiedere interventi riabilitativi strutturati, valutazione farmacologica e attivazione di misure di sostegno scolastico e psicoeducativo.

Riguardo la documentazione scolastica – in particolare la relazione del XXXX – rappresenta la fonte più ecologica del funzionamento quotidiano del minore e fornisce elementi di elevatissima significatività peritale. Gli insegnanti, infatti, descrivono un bambino che manifesta aggressività fisica e verbale, fughe dal banco, incapacità di portare a termine anche semplici consegne, assenza di autonomia materiale e costante violazione delle regole di classe. Tali elementi, sono pienamente coerenti con le osservazioni cliniche dei servizi sanitari e non risultano mai smentiti da alcun atto successivo. Gli elementi richiamati, presentano un grado di chiarezza tale da risultare manifesti anche alla semplice lettura integrata degli atti. In altri termini, la loro emersione è talmente lineare e priva di ambiguità da renderli immediatamente riconoscibili a qualsiasi valutatore competente.

Si rende, quindi, doversoso e indispensabile sottolineare che nel loro insieme, i documenti scolastici e sanitari delineano un funzionamento gravemente disadattivo, che coinvolge in modo esteso l'area comportamentale, attentiva, relazionale e dell'autonomia.

Un ulteriore elemento di rilievo, inoltre, è rappresentato dalla coerenza longitudinale del quadro diagnostico. Negli anni che vanno dal 2XXX al 2XXX, le diverse fonti (NPIA, medico curante, ASP, ARNAS, scuola) descrivono, con linguaggi differenti ma sovrapponibili sul piano clinico, lo stesso profilo di iperattività marcata, impulsività grave, oppositività persistente e disregolazione emotiva. Non emergono fasi di remissione stabile e nemmeno referti che ridimensionino la gravità del quadro. Tale costanza temporale e inter-istituzionale consente di escludere interpretazioni in chiave meramente situazionale e/o transitoria e conferma, invece, la presenza di un disturbo del neurosviluppo cronico e pervasivo, con rilevante impatto sul funzionamento adattivo a carico del minore XXXX XXXX.

2.2. Divergenza tra Osservazione Commissariale e Evidenze Cliniche: Base Scientifica della Contestazione di parte

E' opinione di chi scrive che l'eterogeneità metodologica evidenziata spiega la discrepanza tra le conclusioni della commissione per l'Accertamento dell'Invalidità Civile dell'INPS e l'intero impianto clinico-sanitario pubblico, rendendo tali verbali non sovrapponibili agli standard valutativi richiesti per i disturbi del neurosviluppo e ponendo, di conseguenza, un fondamento tecnico inequivocabile all'opposizione di parte.

La ragione del nostro dissenso è intrinseca alle buone pratiche del settore. E' un paradigma assoluto che una valutazione basata su osservazioni brevi, prive di strumenti standardizzati, non ecologiche e non integrate con la documentazione clinica pregressa, non è scientificamente idonea e/o sufficiente a stimare il funzionamento reale di un minorenne.

In ambito evolutivo, infatti, la letteratura e le linee guida convergono su un principio imprescindibile: senza l'utilizzo di test standardizzati, senza multi-informatori e senza l'analisi del funzionamento adattivo, la valutazione non è valida.

Tutto ciò Posto, è possibile affermare che:

I verbali della Commissione INPS per l'Invalidità Civile e l'Handicap non rispettano i criteri minimi metodologici necessari a una diagnosi di disturbo del neurosviluppo; la stima della “non invalidità” risulta tecnicamente infondata e clinicamente non sostenibile. Risulta pertanto inevitabile e tecnicamente doveroso procedere a opposizione, perché, la metodologia adottata dall'INPS non soddisfa i requisiti minimi di validità clinica, mentre tutte le altre fonti specialistiche, comprese le nostre analisi valutative di parte convergono su un quadro di compromissione severa a carico del minore XXXXX.

3. Incongruenze Metodologiche e Criticità Cliniche emerse nella CTU/XXXX

Nella prima versione della consulenza (XXXX), il CTU, dott. XXXX, descrive il minore come irrequieto con qualche difficoltà attentiva e comportamentale e ritiene che tali manifestazioni non raggiungano un livello di gravità tale da configurare un disturbo del neurosviluppo invalidante. Riporta che pur essendo presenti difficoltà riferite dalla madre, l'osservazione diretta non evidenzia comportamenti o disregolazioni significative che compromettano la valutazione o il funzionamento generale del bambino.

Sulla base di tale quadro, il CTU conclude che non sussistono i requisiti per il riconoscimento dell'invalidità civile e per l'handicap con connotazione di gravità e che la situazione del minore possa essere ricondotta a una condizione lieve, non invalidante ai fini peritali.

A seguito del deposito della documentazione integrativa (XXXX), il CTU afferma di aver riesaminato il materiale, ma precisa che - pur trattandosi di una documentazione ampia - in essa non sarebbe esplicitato un vero e proprio iter diagnostico formale e strutturato.

Secondo il CTU, quindi, la documentazione descrive difficoltà comportamentali e attentive, ma non delineerebbe in modo tecnicamente compiuto, un percorso valutativo articolato in test standardizzati, criteri diagnostici e metodiche specifiche. Il CTU, ribadisce, inoltre, che quanto osservato agli atti non trova riscontro nella valutazione diretta svolta presso il suo studio, dove il

minore XXXX sarebbe apparso non compromesso da deficit tali da incidere in modo significativo sull'autonomia personale e scolastica. Coerentemente con questa impostazione, anche nelle conclusioni dell'integrazione il dott. XXXX mantiene immutato il giudizio già espresso nella consulenza originaria. Conferma l'assenza dei requisiti per l'invalidità civile e per l'handicap con connotazione di gravità, ritenendo che la documentazione aggiuntiva non modifichi il quadro clinico osservato in sede di valutazione diretta e non fornisca evidenze tali da giustificare una diversa qualificazione del funzionamento del minore.

Le analisi di parte condotte sulla CTU, con particolare attenzione al rigore metodologico impiegato, alla coerenza interna dell'elaborato e alla sua aderenza agli standard valutativi richiesti nelle perizie in età evolutiva, hanno messo in evidenza una serie di criticità rilevanti, errori e lacune che riguardano sia l'impianto metodologico utilizzato che la logica teorica e argomentativa utilizzata.

Queste criticità – comprensive di incongruenze procedurali, assunzioni non supportate da evidenze, omissioni valutative e passaggi logicamente non giustificati – non permettono al lavoro d'ufficio di raggiungere la soglia minima di validità scientifica richiesta e non consentono di ritenere l'elaborato peritale conforme alle buone pratiche di settore.

Prima di addentrarci nell'analisi delle zone d'ombra della CTU, alla luce delle considerazioni metodologiche sopra esposte, risulta necessario evidenziare un elemento di tale portata che, da solo, basterebbe a rivelare l'evidente cortocircuito valutativo dell'intera procedura d'ufficio.

Ovvero, le stesse criticità che emergono nei verbali INPS si riscontrano, in forma sostanziale, anche nella CTU; nello specifico, si segnala che il dott. XXXX, dichiara l'assenza di un iter diagnostico formalizzato nella documentazione clinica che non gli permette di accettare le diagnosi come valide, tuttavia, non adotta egli stesso un protocollo valutativo strutturato, testologico e multi-informatoriale, come previsto dalle buone pratiche della psicologia e neuropsichiatria clinica e forense dell'età evolutiva.

In altri termini, mentre si contesta ai servizi clinici di non aver esplicitato una procedura psicodiagnostica *“formalizzata”*, quindi, standardizzata, la valutazione peritale svolta dal CTU non impiega alcuno strumento psicométrico, non include misure del funzionamento adattivo, non ricorre a test standardizzati, non integra i multi-informatori e si basa unicamente su un'osservazione ambulatoriale breve e distante dalle procedure cliniche univocamente accettate in tema di *‘Colloquio Psicodiagnostico’*.

Questa incoerenza teorica e metodologica è particolarmente significativa, perché:

- **una CTU non può ritenere non valido ciò che essa stessa non applica;**

- **L'assenza totale di strumenti psicodiagnostici standardizzati nella CTU produce come effetto immediato una valutazione non replicabile, non verificabile e non scientificamente valida.**

Nel settore delle scienze mentali - cliniche e forensi - dell'età evolutiva è da tempo acquisito e rappresenta un principio metodologico irrinunciabile, che **nessun operatore può fondare un giudizio diagnostico esclusivamente sui dati raccolti dal colloquio clinico e dall'osservazione.**

L'osservazione, infatti, non è universale, non è standardizzabile, non garantisce confrontabilità inter-soggettiva, non permette misurazioni oggettive, ed è altamente influenzabile dalla personalità dell'operatore, dal contesto, dal tempo, dalla relazione e dal comportamento contingente del minore esaminato.

Affidare una stima di gravità – e, ancor più, una valutazione di invalidità civile e handicap – a una finestra osservativa così breve e non strutturata significa, di fatto, operare **fuori dagli standard minimi della disciplina.**

Per questo motivo, la comunità scientifica ha sviluppato **protocolli oggettivi**, ovvero, test psicodiagnostici validati, costruiti secondo criteri di affidabilità, validità, standardizzazione e norme di riferimento. La diagnostica testologica, rappresenta l'unico modo per garantire la misurazione del comportamento; il confronto con popolazioni normative; la rilevazione delle funzioni cognitive, esecutive, adattive; la riproducibilità dei risultati; verificabilità da parte di terzi. L'assenza di tali strumenti nella CTU non costituisce una mera “scelta operativa”, ma un **vulnus metodologico sostanziale**, poiché, priva l'accertamento peritale dei requisiti fondamentali richiesti dalla psicologia clinica e forense per la valutazione dei disturbi del neurosviluppo. In tal modo, **la consulenza del CTU si fonda inevitabilmente su una base fragile, impressionistica e non scientificamente sostenibile, che non consente alcuna attendibilità diagnostica e alcuna valutazione solida e seria del funzionamento adattivo del minore XXXX.**

Inoltre, la scelta di privilegiare un'unica osservazione clinica, in un unico contesto e in un'unica giornata, contraddice le linee guida nazionali e internazionali, che richiedono necessariamente un approccio multi-metodo e multi-informatore per i disturbi del neurosviluppo.

È proprio questa asimmetria procedurale tra ciò che il CTU richiede ai servizi e ciò che egli stesso applica, a costituire un indice chiaro di metodologia non adeguata, determinando una sottostima della gravità del quadro del minore.

3.1. Aspetti di inaffidabilità tecnico-scientifica della CTU del dott. XXXX

La lettura complessiva della CTU e della sua integrazione ha evidenziato una criticità, di ordine logico-argomentativo, perché, come mostrato, il CTU fonda il proprio giudizio negativo sulla presunta “*insufficienza*” della documentazione sanitaria ma, pur invocando tale rigore, non adotta egli stesso alcuna procedura strutturata. Nessun test standardizzato, nessuna misura del funzionamento adattivo, nessuna scala comportamentale, nessuna diagnosi differenziale: l’intera valutazione si basa unicamente su una singola osservazione ambulatoriale, peraltro effettuata in condizioni di scarsa collaborazione da parte del minorenne. Inoltre, l’evidente asimmetria metodologica (il CTU contesta ai servizi ciò che egli stesso non applica), non viene colmata con una propria valutazione strutturata, ma si arresta a un quadro impressionistico, inevitabilmente parziale, per poi concludere che “*non è possibile*” esprimere un giudizio medico-legale affidabile. In termini di buone prassi, una CTU che ritenga insufficiente la documentazione ha il dovere di integrare, non di limitarsi a registrare l’insufficienza e ribadire il giudizio negativo.

Inoltre, è stato possibile rilevare che il CTU nella sua dichiarazione che la documentazione scolastica (PEI, griglia osservativa, relazioni) avrebbe “*limiti epistemologici strutturali*” e - quindi - non potrebbe costituire una base probatoria affidabile, poiché, non standardizzata e nata per scopi pedagogici, sottovaluta completamente il valore clinico delle descrizioni ecologiche provenienti dal contesto scolastico, che in tutti i disturbi del neurosviluppo – e in particolare nell’ADHD con DOP – rappresentano una fonte imprescindibile particolarmente nei disturbi del neurosviluppo.

Infatti, è riconosciuto dal settore (AAP, 2019; AACAP, 2007; NICE NG87, 2018; DSM-5-TR, 2022; Linee Guida ISS e SINPIA italiane per ADHD e DOP) che i dati provenienti dalla scuola non sono un’opzione accessoria ma una fonte clinica obbligatoria per valutare la pervasività e l’impatto funzionale del disturbo. La sottovalutazione del materiale scolastico da parte del CTU rappresenta, dunque, un’ulteriore e grave omissione metodologica, che compromette la validità della valutazione d’ufficio.

Non è, quindi, possibile allinearsi con il CTU che utilizza la non-standardizzazione come argomento per neutralizzare la forza probatoria di documenti che, invece, descrivono con estrema chiarezza aggressioni fisiche ripetute, necessità di contenimento costante, impossibilità di avviare un percorso didattico, fallimento delle interazioni con pari e adulti.

In altri termini, le fonti scolastiche vengono utilizzate soltanto per evidenziare i loro limiti formali, ma non vengono integrate realmente nel giudizio clinico come indicatori di gravità e cronicità di un disturbo del comportamento già chiaramente espresso.

Un ulteriore criticità riguarda la gestione della “*discrepanza*” tra il PEI della scuola dell’infanzia e la segnalazione di aggravamento alla primaria. Il dott. XXX, presenta questa differenza come

elemento di incertezza che impedirebbe un giudizio affidabile; non si è reso conto, tuttavia, che il passaggio dall'infanzia alla primaria, con l'aumento delle richieste esecutive e di autocontrollo, rappresenta un momento classicamente critico nei disturbi del neurosviluppo, nel quale un quadro già fragile può cronicizzarsi ed esplodere in forme molto più gravi.

Quella che il CTU definisce come “*contraddizione*” tra i due documenti è, sul piano clinico, esattamente ciò che ci si attende da un decorso evolutivo sfavorevole, ovvero, che un bambino già problematico, all'aumentare delle richieste scolastiche, perde ulteriormente la capacità di adattamento e mostra comportamenti sempre più disfunzionali e pericolosi.

Sul versante cognitivo, inoltre, la CTU afferma che l'assenza di una valutazione psicométrica formale non consentirebbe di escludere una disabilità intellettuale o un funzionamento limite, e utilizza tale argomento come motivo di sospensione del giudizio diagnostico e medico-legale.

Tale impostazione presenta almeno due criticità. In primo luogo, ignora gli indici indiretti di funzionamento cognitivo già presenti nella documentazione scolastica e clinica (sviluppo psicomotorio regolare, linguaggio adeguato all'età, presenza di competenze logico-matematiche di base, capacità di comprendere consegne, ecc.). In secondo luogo, il dott. XXXX non tenta di colmare la lacuna con una propria valutazione cognitiva attraverso il ricorso a protocolli oggettivi. Il risultato è, a nostro avviso, paradossale: il CTU contesta ai servizi di non aver eseguito ciò che lui stesso avrebbe potuto fare e non fa, e usa questa mancanza – che la sua stessa consulenza contribuisce a mantenere – come fondamento del giudizio di “*insufficienza documentale*”.

Nella successiva integrazione, dopo l'acquisizione di ulteriore documentazione – comprese certificazioni NPIA che definiscono il quadro come “grave” e “severo”, indicazione a S.E.D. domiciliare, invio a centro di secondo livello per terapia farmacologica, visita ospedaliera con proposta di trattamento con metilfenidato/risperidone e griglia scolastica che attesta aggressioni ripetute e impossibilità di scolarizzazione – il CTU riconosce esplicitamente una “*severa compromissione funzionale*” e afferma che tale quadro “*potrebbe integrare*” i presupposti per ottenere l'invalidità civile e handicap in situazione di gravità, se fosse prodotta documentazione clinica specialistica con test e diagnosi differenziale formalizzata.

In altri termini, da un lato egli ammette che la gravità clinica è documentata da più fonti convergenti, che il funzionamento quotidiano del minore è gravemente compromesso e che l'assetto clinico è potenzialmente pienamente meritevole di tutela; dall'altro, nega il riconoscimento per un motivo puramente formale, nonostante il suo ruolo di CTU gli consenta di attivare direttamente gli approfondimenti che dichiara mancanti (valutazione cognitiva, test delle funzioni esecutive, scale comportamentali, diagnosi differenziale strutturata).

Questa procedura produce una impasse autoindotta, un vero e proprio corto circuito metodologico che annulla una qualsivoglia attendibilità scientifica del lavoro del neuropsichiatra/XXXX. Ovvero, il CTU descrive in modo accurato un quadro di gravissima disfunzionalità, riconosce che la compromissione potrebbe soddisfare i criteri normativi per invalidità/handicap, ma si rifiuta di concludere in tal senso, perché, non sono allegati esattamente i tipi di documenti che lui stesso avrebbe dovuto contribuire a generare nell'ambito dell'accertamento tecnico preventivo.

Infine, il richiamo ripetuto all'*insufficienza documentale* e all'assenza di un iter diagnostico formalizzato nei servizi NPIA, nelle certificazioni ospedaliere e nelle relazioni scolastiche non è accompagnato da un'analisi differenziale positiva. Infatti, il CTU non propone un'ipotesi alternativa (ad es., disturbo d'ansia, disturbo dell'umore, disturbo dello spettro autistico, disturbo dell'attaccamento) e non la discute in modo sistematico, ma si limita a sospendere il giudizio, lasciando il caso in una zona grigia che non è una diagnosi propriamente detta e nemmeno una vera diagnosi differenziale.

In considerazione di tali incongruenze, lacune metodologiche e omissioni valutative, le analisi di parte hanno operato per colmare sistematicamente i vuoti e le domande insolite lasciati dalla CTU, ricostruendo il quadro clinico attraverso procedure oggettivate, strumenti standardizzati e criteri diagnostici formalizzati, così da restituire una valutazione fondata, verificabile e conforme agli standard della disciplina.

4. Valutazione Psicodiagnostica di Parte: Risultati, Analisi e Integrazione Clinico-Forense

Al fine di restituire un'immagine aderente, completa e scientificamente fondata del funzionamento del minore XXXX è stata condotta una valutazione psicodiagnostica completa, strutturata secondo le buone pratiche riconosciute nel settore dell'età evolutiva e conforme agli standard clinico-forensi.

4. 1. Anamnesi e inquadramento evolutivo-clinico del minore

Il minore XXXX, nato da una gravidanza fisiologica e da parto cesareo programmato a termine, senza evidenze di sofferenza perinatale o fattori di rischio neuroevolutivi noti. Le prime tappe dello sviluppo psicomotorio e linguistico risultano, secondo quanto riferito dai genitori, nei limiti dell'età e l'anamnesi patologica remota è priva di elementi suggestivi per condizioni neurologiche o psicopatologiche precoci.

Il quadro cambia in modo significativo a partire dal terzo anno di vita, in concomitanza con l'ingresso nella scuola dell'infanzia, quando emergono in maniera chiara e persistente:

- marcate difficoltà di adattamento ai contesti strutturati;
- oppositività sistematica verso le richieste delle figure educative;
- tempi attentivi fortemente ridotti;
- discontrollo emotivo e comportamentale.

Tali manifestazioni non hanno avuto un andamento episodico e/o reattivo, ma assumono progressivamente le caratteristiche di un pattern stabile, pervasivo e disfunzionale, rilevabile in tutti i contesti di vita (domestico, scolastico, sociale), con un impatto significativo sul funzionamento quotidiano. Nel corso del tempo il quadro evolve verso:

- impulsività marcata e difficoltà di inibizione comportamentale;
- iperattività motoria costante e difficilmente contenibile;
- condotte opposite e provocatorie verso adulti di riferimento;
- frequenti esplosioni di aggressività fisica e verbale;
- compromissione dell'autonomia e delle capacità adattive.

Il progressivo aggravamento sintomatologico ha condotto nel 2XXX a una presa in carico presso la NPIA territoriale (dott. XXXX), che formula diagnosi di:

- Disturbo ipercinetico con deficit delle funzioni esecutive
 - Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP)
- (ICD-10: F90 – F91.3).

Quindi, si riconosce la natura grave, persistente e multisistemica delle difficoltà comportamentali e attentive del piccolo XXXX. Nel 2XXX, il quadro risulta ulteriormente confermato da indicazioni cliniche per valutazione farmacologica, attualmente impostata con Risperidone, oltre che dalla prescrizione di interventi strutturati (psicoterapia cognitivo-comportamentale, sostegno didattico, monitoraggio specialistico). L'intera documentazione raccolta – NPIA, certificazioni ospedaliere, relazioni scolastiche, piani terapeutici e osservazioni ecologiche – evidenzia una continuità temporale e una coerenza interfontale che soddisfano pienamente il Criterio B del DSM-5 per la diagnosi di ADHD:

esordio dei sintomi prima dei 12 anni, con manifestazioni cliniche persistenti, pervasive e non circoscritte a un singolo contesto.

In conclusione, l'anamnesi del minore delinea un disturbo del neurosviluppo a decorso precoce, andamento cronico e severa compromissione adattiva, confermato da fonti cliniche, scolastiche e comportamentali convergenti.

5. Esame Obiettivo

5.1. Esiti dai Colloqui clinico e dall' Osservazione diretta/indiretta del minore

L'osservazione clinica diretta ha permesso di rilevare una serie di dati clinici sovrapponibili a un profilo comportamentale altamente disorganizzato, con marcate difficoltà di autoregolazione motoria, emotiva e attentiva. L'ingresso in stanza avviene in modo repentino e non mediato, senza attendere il proprio turno o l'invito dell'operatore. Il minore si muove immediatamente nello spazio con modalità impulsive e caotiche, esplorando l'ambiente senza scopo funzionale: corre, apre cassetti, manipola oggetti, fa cadere libri, passa rapidamente da un gioco all'altro senza portare a termine alcuna attività. Accetta il saluto, ma mostra fuga dal compito e opposizione alle proposte di interazione strutturata, con risposte negative seguite da allontanamento. L'intero setting richiede un continuo intervento di contenimento da parte della madre, il cui supporto si rivela indispensabile non solo durante la somministrazione dei test, anche, nelle fasi di gioco libero, a causa della tendenza del minore a mettere in atto condotte pericolose, impulsive e scarsamente regolate, potenzialmente rischiose per sé e per gli altri. La madre del bambino riferisce che tali modalità comportamentali sono stabili e pervasive in tutti i contesti di vita del bambino (casa, scuola, parco giochi), ove è necessaria una vigilanza costante e ininterrotta. Anche solo una minima distrazione dell'adulto può esporre il piccolo XXXX a rischi concreti, confermando una severa compromissione del funzionamento adattivo.

Sul piano interattivo e comunicativo, le profonde difficoltà attentive e inibitorie interferiscono significativamente con la reciprocità, la stabilità del contatto e la possibilità di mantenere anche brevi scambi dialogici. L'abilità linguistica appare formalmente adeguata, ma l'elevata disregolazione comportamentale compromette l'utilizzo funzionale, rendendo l'interazione frammentata, saltuaria e scarsamente modulata.

Il quadro osservato risulta pienamente sovrapponibile a quanto descritto nella documentazione scolastica e sanitaria e conferma la presenza di una disfunzionalità esecutiva grave, con compromissioni che interessano simultaneamente:

- attenzione sostenuta,
- inibizione motoria,
- controllo degli impulsi,
- regolazione emotiva,

- capacità di adattarsi alle richieste dell'adulto,
- sicurezza personale.

Nonostante queste marcate criticità, è stato possibile – con notevole difficoltà – procedere alla somministrazione degli strumenti psicodiagnostici necessari alla definizione del profilo clinico, i quali hanno fornito dati oggettivi e altamente coerenti con l'osservazione e con la storia clinica pregressa.

5.2. Risultati ai Test

TINV – Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence

La somministrazione della WISC-IV non è risultata possibile a causa della marcatissima disregolazione comportamentale del minore, il quale ha mostrato: incapacità di sostenere l'attenzione anche per pochi secondi, opposizione attiva alle richieste dell'operatore e della madre, elevata impulsività motoria (correre, saltare, lanciare oggetti, aprire cassetti), esplorazione caotica dell'ambiente senza finalizzazione, necessità di contenimento fisico congiunto madre–operatore per prevenire condotte pericolose.

In tale contesto, al fine di ottenere comunque un indice cognitivo valido e standardizzato, è stato utilizzato il **CTONI-TINV**, test di intelligenza non verbale somministrabile dai 6 ai 90 anni, che consente una valutazione delle capacità cognitive escludendo il linguaggio ed è raccomandato nei casi in cui non sia raggiungibile un setting cooperativo per prove più strutturate e lunghe.

La somministrazione è stata eseguita in presenza della madre, poiché, il minore non risultava contenibile dai soli operatori.

Punteggi ottenuti:

- QINV (Quoziente intellettivo non verbale globale): 95
- QINV-IO (Illustrazione oggetti): 100
- QINV-FG (Figure geometriche): 91

Nonostante la forte agitazione, il test è stato completato. I punteggi ottenuti si collocano nella norma, escludendo la presenza di una disabilità intellettiva e confermando che le compromissioni osservate non dipendono da un deficit cognitivo, bensì, da grave disfunzionalità esecutiva, attentiva e comportamentale.

A sostegno di questa interpretazione, durante l'osservazione, XXXX ha mostrato: orientamento adeguato nel tempo e nello spazio; capacità di calcolo verbale coerente con l'età (*"oggi è 2 dicembre,*

mancano 23 giorni a Natale"); competenze di ragionamento verbale sufficienti quando l'attivazione comportamentale glielo ha consentito.

Il TINV fornisce, dunque, un elemento differenziale essenziale che permette di oggettivare la buona dotazione cognitiva del minore con severo deficit di autoregolazione. Questo quadro, è altamente compatibile con ADHD di grado severo.

Conners 3 – Versione genitori e insegnanti

La doppia somministrazione (genitori e insegnante) ha consentito la verifica del criterio C DSM-5, ovvero, la presenza dei sintomi in almeno due contesti. In entrambi i protocolli, i punteggi T rientrano nel range clinico con livelli di compromissione estremi.

Punteggi principali:

Scala	Genitore	Insegnante	Interpretazione
Iperattività-Impulsività	87	125	Clinico elevato
Inattenzione	90	119	Clinico elevato
Probl. di apprendimento	121	99	Clinico elevato
Funzionamento esecutivo	84	102	Clinico elevato
Provocaz./Aggressività	165	212	Clinico elevatissimo
Relazione con i pari	140	95	Clinico elevato

Questi valori - soprattutto l'aggressività e l'impulsività in range estremo - documentano una compromissione comportamentale grave e pervasiva, ampiamente incompatibile con il quadro *“contenuto”* descritto dal CTU.

L'indice ADHD risulta altamente positivo, così come l'indice globale, confermando un disturbo ipercinetico severo con disfunzionalità esecutiva marcata.

CBCL 6-18

Il profilo CBCL compilato dalla madre mostra un quadro ampiamente clinico, con:

- Totale Problemi T = 80 (range clinico grave);
- Scala Esternalizzanti T = 75 (gravemente clinica);
- Internalizzanti in fascia borderline (T = 63).

Le aree maggiormente compromesse sono risultate essere:

- Problemi di attenzione (T = 90)
- Comportamento aggressivo (T = 85)

- Problemi sociali ($\Gamma = 80$)

La descrizione comportamentale conferma:

- aggressività fisica verso la madre (calci, pugni, graffi, tirare i capelli);
- esplosioni d'ira improvvise;
- scarsa tolleranza alla frustrazione;
- marcata impulsività e iperattività motoria;
- difficoltà a rispettare qualsiasi regola o consegna;
- estrema distraibilità;
- incapacità di sostenere attività anche minime senza supervisione.
-

Il CBCL è perfettamente coerente con una diagnosi di ADHD grave associato a Disturbo Oppositivo Provocatorio, confermando la natura pervasiva e disfunzionale del quadro.

Batteria Italiana per l'ADHD (BIA)

La BIA fornisce una valutazione diretta e oggettiva delle funzioni esecutive. Il profilo di Gioele è caratterizzato da prestazioni estremamente compromesse, con punteggi compresi tra il 5° e il 10° percentile.

Principali rilievi:

- CP – Attenzione visiva: 5° percentile → gravemente sotto norma
- TAU – Attenzione uditiva: 10° percentile
- MF20/MF14 – Impulsività: tempi di risposta abnormemente brevi (impulsività motoria) → 5° percentile
- CAF – Flessibilità cognitiva: 5° percentile
- Test delle Ranette – Inibizione motoria: 5° percentile
- Stroop numerico: nella norma solo alcune componenti, ma interferenza globale compromessa
- TMSV – Memoria strategica verbale: 5° percentile

Il profilo evidenzia una grave disfunzione dei circuiti esecutivi, struttura fondamentale per la diagnosi di ADHD, ma soprattutto un livello di compromissione incompatibile con un quadro non invalidante.

- Criteri di Diagnosi differenziale: La diagnosi differenziale è stata effettuata secondo criteri DSM-5 e linee guida internazionali. Ed è possibile affermare, dai dati, l'assoluta esclusione della presenza di:

- Disabilità intellettuale: il TINV restituisce un funzionamento cognitivo nella norma, con ragionamento verbale adeguato e orientamento integro; le difficoltà adattive non possono essere attribuite a un deficit cognitivo globale.
- Disturbo dello spettro autistico: la disattenzione osservata è di natura esecutiva e non sociale; la reciprocità è presente nelle fasi di minor attivazione; non emergono rigidità, interessi ristretti o compromissioni qualitative della comunicazione che caratterizzano l'ASD.
- Disturbi d'ansia o dell'umore: i sintomi non presentano andamento episodico o contestuale; ansia e depressione non spiegano l'iperattività, l'impulsività e la disinibizione marcata osservate.
- Disturbi specifici dell'apprendimento: le difficoltà non sono compito-specifiche, ma generalizzate a tutti i domini attentivi e comportamentali; il pattern non è compatibile con un DSA primario.
- Trauma con disregolazione secondaria: l'oppositività è strutturata e pervasiva, non reattiva a trigger situazionali; non emergono elementi anamnestici o clinici che indichino una disregolazione post-traumatica.

5.2.1. Dai risultati emersi

Alla luce dell'integrazione tra i dati provenienti dall'anamnesi, dalla documentazione clinica e scolastica, dall'osservazione diretta e dai risultati degli strumenti psicodiagnostici standardizzati, è possibile affermare con elevato grado di attendibilità che il profilo del minore risulta pienamente coerente con le seguenti diagnosi:

- F90.1 – Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, presentazione iperattiva/impulsiva (quadro di grado severo);
- F91.3 – Disturbo oppositivo–provocatorio (DOP), stabilmente associato al quadro ipercinetico e responsabile di una marcata compromissione del funzionamento adattivo nei principali contesti di vita.

5.3. Analisi ed Elaborazione dei dati

L'insieme dei dati fin qui esaminati – sia documentali (par. 2) sia derivanti dall'osservazione clinica e dalla somministrazione di strumenti psicodiagnostici standardizzati, consente di ricomporre il quadro del minore **XXXX** in una prospettiva unitaria. I risultati dei test non

introducono un'immagine nuova o difforme rispetto a quanto già descritto da NPIA, scuola, medico curante e strutture ospedaliere, ma ne rappresentano invece la oggettivazione quantitativa, confermando e precisando sul piano neuropsicologico e comportamentale le stesse compromissioni che la documentazione clinica e scolastica aveva già messo in luce in forma descrittiva. L'analisi integrata della documentazione clinica, scolastica e sanitaria raccolta nel tempo, letta alla luce dei risultati psicodiagnostici ottenuti nella presente CTP, restituisce un quadro unitario, stabile e privo di ambiguità interpretative.

Da ciò, è possibile affermare:

Il minore XXXX presenta una compromissione severa delle funzioni esecutive, dell'autoregolazione emotivo–comportamentale e del funzionamento adattivo nei principali contesti di vita.

Non si tratta di difficoltà episodiche o situazionali, ma di un disturbo del neurosviluppo cronico, pervasivo e multidimensionale, clinicamente inquadrabile in termini di F90.1 – Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, presentazione iperattiva/impulsiva, associato a F91.3 – Disturbo Oppositivo–Provocatorio. Sotto il profilo longitudinale, la documentazione proveniente dai servizi NPIA, dal medico curante, dalla scuola, dalle strutture ospedaliere e dai piani terapeutici riabilitativi descrive, sin dal 2023, un andamento costantemente problematico, con progressiva strutturazione di un quadro gravemente disfunzionale. Le descrizioni di iperattività marcata, impulsività grave, oppositività persistente, capacità attentiva quasi nulla, aggressività fisica e verbale, incapacità di portare a termine i compiti, assenza di autonomia scolastica e grave disregolazione emotiva ricorrono in modo convergente in tutti i referti specialistici esaminati.

Questa coerenza inter–sorgente e diacronica costituisce un elemento di estrema rilevanza peritale, perché, una sintomatologia così stabile e pervasiva, documentata da operatori diversi in contesti diversi e in anni differenti, non è compatibile con un quadro “*liere*” o “*contenuto*” e/o con difficoltà meramente educative o transitorie.

Un ruolo centrale, in questa integrazione, è svolto dalla documentazione scolastica, che rappresenta la fonte più ecologica del funzionamento quotidiano del minore. Le relazioni degli insegnanti descrivono ripetutamente fughe dal banco, aggressività fisica e verbale, incapacità di sostenere il compito anche per brevi periodi, assenza di autonomia materiale, violazioni continue delle regole di classe. Si tratta di comportamenti osservati in modo continuativo in un contesto strutturato, da parte di professionisti che seguono il bambino per molte ore al giorno e per l'intero anno scolastico. Questo quadro, per intensità e stabilità, è radicalmente inconciliabile con

la rappresentazione di un funzionamento “*sufficientemente adeguato*” come argomentato dalla CTU sulla base di una sola osservazione ambulatoriale.

Nel settore, il contesto scolastico è uno dei principali indicatori dell’impatto funzionale di un disturbo del neurosviluppo, dunque, i dati forniti dalla scuola, nel caso di XXXX, documentano una disabilità scolastica concreta e persistente. Inoltre, o contributi dei medici curanti e delle strutture sanitarie (NPIA, certificazioni specialistiche, ARNAS Civico) convergono ulteriormente verso la definizione di un quadro grave (impossibilità a condurre la visita per la marcata iperattività e oppositività, difficoltà attentive di livello severo, necessità di trattamento riabilitativo continuativo e di valutazione farmacologica, diagnosi di ADHD con disregolazione emotiva e DOP, richiesta di SED). Non si tratta, quindi, di impressioni isolate, ma di referti clinici istituzionali, che riconoscono la presenza di un disturbo strutturato, cronico e invalidante. Nessun documento sanitario di settore ridimensiona il quadro o propone ipotesi alternative di lieve entità. All’interno di questo scenario, la valutazione psicodiagnostica da noi effettuata nell’ambito della presente CTP – è possibile dire che - assume un ruolo di verifica oggettiva e di chiarificazione differenziale. Il TINV documenta un funzionamento intellettivo non verbale nella norma (QINV globale = 95), escludendo la disabilità intellettiva e chiarendo che le gravi difficoltà di adattamento non dipendono da un deficit cognitivo, bensì, da una compromissione delle funzioni esecutive e dei sistemi di autoregolazione.

Tale dato è perfettamente coerente con l’osservazione clinica di un bambino in grado di orientarsi nel tempo e nello spazio, svolgere semplici calcoli mentali e utilizzare un linguaggio adeguato all’età quando l’iperattività non impedisce l’interazione.

La Batteria Italiana per l’ADHD (BIA) conferma in modo quantitativo quanto già descritto qualitativamente da scuola e servizi: attenzione sostenuta gravemente deficitaria, flessibilità cognitiva compromessa, inibizione motoria insufficiente, memoria strategica verbale sotto norma, impulsività marcata, con punteggi stabilmente collocati tra il 5° e il 10° percentile.

Si tratta di un profilo psicologico tipico dei disturbi da deficit di attenzione/iperattività di grado severo, in cui la disfunzione esecutiva costituisce il nucleo della grave compromissione adattiva. Le scale Conners 3, compilate da genitori e insegnanti, forniscono una ulteriore conferma della pervasività inter-contestuale del disturbo: i punteggi T, collocati in range clinico fino a valori estremi per Iperattività/Impulsività, Inattenzione, Problemi di apprendimento, Funzionamento esecutivo, Aggressività e Relazioni con i pari, documentano un livello di compromissione che eccede largamente la soglia di significatività clinica. La concordanza tra le versioni genitore e insegnante consente di ritenere pienamente soddisfatto il criterio C del DSM-5 (presenza dei sintomi in almeno due contesti), rafforzando l’attendibilità della diagnosi.

Il profilo CBCL 6–18 si sovrappone in modo quasi speculare ai risultati delle Conners: punteggi in fascia clinica grave per Total Problems ($T = 80$), scale Esternezzanti ($T = 75$) e, nello specifico, Problemi di attenzione ($T = 90$), Comportamento aggressivo ($T = 85$), Problemi sociali ($T = 80$). Viene, così, confermata una condizione di disregolazione esternalizzante severa, dove gli indici di impulsività, aggressività, oppositività e incapacità di mantenere l'attenzione, generano una compromissione significativa della vita familiare, scolastica e sociale. Le dimensioni internalizzanti, pur presenti in fascia borderline, non rappresentano il nucleo del quadro, ma risultano plausibilmente secondarie alla cronicità delle difficoltà comportamentali. Sotto il profilo *squisitamente* nosografico, inoltre, l'integrazione tra anamnesi, documentazione e risultati ai test standardizzati consente di affermare che tutti i criteri DSM-5 per il Disturbo ADHD (presentazione iperattiva/impulsiva) e Disturbo Oppositivo–Provocatorio sono soddisfatti.

Nello specifico: esordio precoce, durata superiore ai sei mesi, presenza dei sintomi in più contesti, impatto clinicamente significativo sul funzionamento, esclusione di altre condizioni psichiatriche in grado di spiegare il quadro.

Inoltre, le **ipotesi alternative** - disabilità intellettuale, disturbo dello spettro autistico, disturbi d'ansia o dell'umore, disturbi specifici dell'apprendimento, trauma con disregolazione secondaria - sono state sistematicamente considerate e ragionevolmente escluse alla luce dei dati raccolti, perché, il profilo cognitivo è risultato essere nella norma e la natura esecutiva (e non sociale) della disattenzione, la pervasività non episodica della sintomatologia, l'assenza di rigidità autistiche, la disattenzione generalizzata e non compito–specifico, la configurazione stabile e strutturata dell'oppositività, rendono tali diagnosi non sostenibili.

5.3.1. Il profilo complessivo esaminato permette di stabilire le seguenti considerazioni oggettive

- Valutazione del funzionamento adattivo ai fini dell'Invalidità Civile e dell'Handicap

Tale dimensione - distinta ma complementare al profilo cognitivo e comportamentale - comprende le capacità di autonomia, regolazione, efficacia nei compiti evolutivi e partecipazione nei diversi contesti (famiglia, scuola, pari, attività quotidiane). L'integrazione dei dati clinici, scolastici, anamnestici e psicodiagnostici raccolti nella presente CTP evidenzia per il minore **XXXX** una compromissione adattiva severa, multisistema e trans-contesto, incompatibile con il livello di funzionamento atteso per età cronologica. Nello specifico:

α. Area personale e di sicurezza: Il profilo osservato e riportato dalla madre indica una grave difficoltà nella gestione autonoma dei comportamenti di base, con necessità di supervisione continua e ininterrotta per prevenire condotte pericolose.

Sono documentati:

- marcata impulsività e tendenza a mettere a rischio la propria incolumità;
- fuga da setting strutturati senza capacità di autoregolazione;
- incapacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni (bassa safety awareness);
- difficoltà nell'aderire ai limiti posti dagli adulti;
- necessità di intervento immediato e permanente dell'adulto per prevenire danni.

Questo livello di compromissione rientra pienamente nei criteri di disabilità funzionale previsti dal D.M. 5/2/1992 e dalla prassi INPS, che riconoscono la compromissione della sicurezza personale come elemento centrale nella valutazione dell'handicap.

β. Area scolastica e cognitivo-operativa: Le relazioni scolastiche descrivono elementi (incapacità di portare a termine anche attività molto semplici; impossibilità di mantenere il posto e la postura; aggressività fisica e verbale con rottura delle regole di classe; autonomia materiale pressoché assente; necessità di supervisione costante; prestazioni scolastiche compromesse da impulsività, fuga dal compito e disattenzione grave) che **indicano non solo un fallimento adattivo sul piano scolastico, ma anche una incapacità strutturale di beneficiare dell'ambiente di apprendimento senza un sostegno educativo significativo.**

La normativa ministeriale e la letteratura clinica qualificano tali indicatori come marcatori di grave compromissione del funzionamento adattivo, soprattutto quando - come nel caso di XXXX - sono *pervasivi, cronici e presenti in modo stabile per più anni.*

γ . Area comportamentale ed emotiva I dati provenienti dai risultati ai test (CBCL, Connors 3 e BIA) convergono nel documentare la presenza di:

- disregolazione emotiva significativa;
- esplosioni aggressive imprevedibili;
- oppositività strutturata e persistente;
- incapacità di attendere il proprio turno, rispettare limiti o regole;
- marcata impulsività motoria e cognitiva.

Tali caratteristiche, secondo la letteratura, determinano una compromissione sostanziale dell'adattamento e rappresentano uno dei criteri principali per la valutazione dell'handicap in età

evolutiva. La compromissione emotivo-comportamentale, in questo caso, non è episodica, non è situazionale e non è migliorabile con richiami educativi, perché, si tratta di un deficit strutturale riconducibile alla disfunzione esecutiva caratteristica dell'ADHD grave e del DOP.

δ. Area relazionale e sociale

La documentazione scolastica e i questionari Conners e CBCL indicano la presenza:

- relazioni con i pari gravemente compromesse;
- isolamento o conflittualità costante;
- difficoltà marcate nel mantenere scambi regolati;
- pattern relazionale instabile e spesso aggressivo;
- incapacità di cooperare e di inserimento nel gruppo.

ε. Considerazioni di Parte

L'insieme delle compromissioni descritte nelle quattro aree adattive - personale, scolastica, comportamentale-emotiva e relazionale - non configura semplicemente un profilo di difficoltà evolutive, ma delinea un quadro strutturato di disabilità funzionale, stabile nel tempo, pervasivo nei contesti e pienamente documentato da fonti plurime. È proprio l'intersezione di tali dimensioni, unite alla loro persistenza e alla loro resistenza agli interventi educativi già attuati, che consente di passare dalla mera descrizione dei deficit alla valutazione clinica e forense della compromissione globale del funzionamento.

È dunque sulla base di questa lettura integrata che è risultato essere possibile procedere alla formulazione della valutazione complessiva ai fini dell'Invalidità Civile e dell'Handicap, secondo quanto segue.

Dall'integrazione sistematica dei dati clinici, psicodiagnostici e documentali, analizzati secondo i criteri DSM-5 e i parametri valutativi previsti dalla normativa INPS, emerge un quadro di compromissione funzionale ampio, stabile e marcato, che coinvolge in modo simultaneo e trasversale tutti i principali domini del funzionamento del minore XXXX.

In particolare, risulta che il disturbo:

- **incide in maniera significativa sull'autonomia personale**, rendendo necessaria una supervisione continua e un controllo costante per prevenire condotte impulsive e pericolose;

- **determina una compromissione grave e persistente del funzionamento scolastico** con incapacità di sostenere compiti anche minimi, violazione sistematica delle regole, impossibilità di permanere al banco e assenza di autonomia materiale;
- **altera profondamente la regolazione comportamentale ed emotiva**, con elevata impulsività, disregolazione degli affetti e frequenti condotte aggressive;
- **riduce in modo marcato la partecipazione relazionale e sociale**, ostacolando la costruzione e il mantenimento di rapporti con i pari e con gli adulti di riferimento.

La combinazione di questi elementi soddisfa pienamente il criterio D del DSM-5 per l'ADHD e per il Disturbo Oppositivo-Provocatorio, ovvero la presenza di una compromissione clinicamente significativa del funzionamento globale in più contesti di vita (domicilio, scuola, ambiente sociale, setting clinico).

Tutto ciò **Posto**, sulla base delle evidenze cliniche, testologiche e documentali, appare chiaramente configurabile:

L'anamnesi evolutiva e decorso clinico; referti NPIA, medico-curante, ospedalieri e riabilitativi; documentazione scolastica; osservazione clinica diretta; strumenti psicodiagnostici standardizzati (TINV, BIA, Conners 3, CBCL); consente di formulare, con elevato grado di attendibilità, le seguenti diagnosi: F90.1 – Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – Presentazione Iperattiva/Impulsiva (ADHD grave) F91.3 – Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) e di ritenerne che tali disturbi determinino una compromissione significativa e stabile del funzionamento adattivo del minore nei principali ambiti di vita, con rilevanza diretta rispetto ai criteri di invalidità civile e di handicap, come verrà esplicitato nelle conclusioni di parte.

Ne consegue che **il livello di disabilità funzionale è altamente significativo e risulta pienamente compatibile con i requisiti normativi per il riconoscimento dell'Invalidità Civile e dell'Handicap**, anche nelle forme più rilevanti.

Per le valutazioni di parte sino ad ora mostrate, tale compromissione assume una valenza dirimente, perché, tutte le analisi integrate consentono di concludere:

L'impatto adattivo rilevato nei diversi ambiti soddisfa integralmente i requisiti di gravità previsti per il riconoscimento dell'Invalidità Civile e dell'Handicap, come definiti dalla L. 104/92, art. 3, commi 1 e 3, e dalle tabelle valutative di riferimento INPS. Il quadro clinico non presenta elementi di attenuazione, remissione o miglioramento tali da poter

essere interpretati come non invalidanti. Al contrario, la stabilità, la pervasività e la severità del disturbo indicano con chiarezza una condizione neuroevolutiva cronica e altamente disfunzionale, con ricadute dirette e sostanziali sul funzionamento quotidiano del minore e sul carico assistenziale della famiglia. Il funzionamento adattivo di XXXX risulta gravemente compromesso in tutte le aree rilevanti per l'età. Si tratta di un deficit adattivo che incide direttamente sulla partecipazione sociale, elemento cardine nella valutazione del “handicap ai sensi dell'art. 3 L. 104/1992”. La pervasività, l'intensità, la stabilità temporale e l'impatto sul funzionamento quotidiano collocano Gioele in un profilo di disabilità neuroevolutiva di grado severo, con necessità di intervento educativo e assistenziale continuativo, non sostituibile con misure semplicemente educative.

6. Conclusioni

L'analisi integrata delle fonti documentali, scolastiche e cliniche, insieme alle osservazioni dirette e ai risultati psicodiagnostici ottenuti nell'ambito della presente Consulenza Tecnica di Parte, consente di definire con chiarezza la portata e la natura della compromissione del minore. Le evidenze analizzate permettono di giungere a una conclusione clinicamente e scientificamente consistente.

Il minore XXXX mostra un disturbo del neurosviluppo grave, di natura cronica e pervasiva, responsabile di un'importante compromissione del funzionamento adattivo e di un impatto significativo nei diversi contesti di vita.

La convergenza delle fonti (NPIA, medico curante, struttura ospedaliera ARNAS, documentazione scolastica, piani riabilitativi, somministrazione di test standardizzati), compone un quadro che non ammette interpretazioni alternative plausibili. Il profilo clinico emerso, infatti, è caratterizzato da una severa disfunzione esecutiva, iperattività marcata, impulsività grave, oppositività persistente, incapacitazione attentiva, aggressività reattiva e crollo del funzionamento adattivo.

La diagnosi complessiva, ricavata dall'integrazione multilivello dei dati, soddisfa pienamente i criteri DSM-5 per:

- F90.1 – Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – Presentazione Iperattiva/Impulsiva (forma grave)

- F91.3 – Disturbo Oppositivo–Provocatorio

Si segnala che tali disturbi non soltanto risultano stabilmente presenti dal 2XXX, ma hanno progressivamente assunto una configurazione strutturata, interferendo in modo profondo con l'apprendimento, le autonomie personali, la sicurezza, la regolazione emotiva e la vita familiare e scolastica.

La valutazione psicodiagnostica di parte ha permesso di oggettivare ciò che la documentazione clinica aveva sinora delineato in termini osservativi e non quantitativi. In continuità con tale impianto, i risultati degli strumenti somministrati forniscono una conferma oggettiva e misurabile del quadro già descritto, traducendo le evidenze cliniche in dati standardizzati e scientificamente verificabili: il TINV dimostra un livello cognitivo nella norma, escludendo la disabilità intellettuale e confermando che le compromissioni non dipendono da deficit cognitivi globali; la BIA documenta una compromissione severa delle funzioni esecutive (5°–10° percentile), impossibile da considerare “lieve” o “transitoria”; le Conners 3, collocano il minore in range clinico estremo, confermando la pervasività inter-contesto richiesta dal criterio C del DSM-5; la CBCL restituisce un profilo esternalizzante gravemente clinico, sovrapponibile alle diagnosi di ADHD grave e DOP.

L'insieme delle evidenze raccolte nelle diverse aree adattive non rappresenta un semplice mosaico di difficoltà settoriali, ma compone un quadro unitario e strutturato di compromissione globale del funzionamento. Ed è proprio la convergenza tra queste aree - nella loro persistenza, intensità e pervasività - a rendere possibile il passaggio dalla descrizione dei sintomi alla valutazione clinica e forense dell'impatto funzionale, che costituisce il fondamento della successiva analisi ai fini dell'Invalidità Civile e dell'Handicap.

L'integrazione dei dati consente di affermare, con assoluta chiarezza, che:

- il funzionamento adattivo del minore è gravemente compromesso nei contesti famiglia, scuola e setting clinici;
- la compromissione è stabile, persistente e documentata longitudinalmente, senza alcuna remissione significativa;
- il minore necessita di vigilanza continua, con rischio concreto per la sicurezza personale e degli altri;
- la sintomatologia non è contestuale o situazionale, ma radicata nei circuiti esecutivi e autoregolativi.

Sulla base dell'intero corpo valutativo, è possibile formulare, all'interno di queste conclusioni, le risposte sostanziali ai quesiti posti dal Tribunale:

- Il minore presenta una condizione di disturbo del neurosviluppo grave, diagnosticabile secondo criteri internazionali e confermata da strumenti psicodiagnostici validati.
- Il funzionamento adattivo risulta significativamente compromesso in modo tale da limitare l'autonomia personale, la partecipazione sociale, il rendimento scolastico, la sicurezza e la gestione comportamentale.
- La compromissione è stabile, non transitoria, e documentata da fonti indipendenti in più contesti di vita.
- Il quadro clinico soddisfa i requisiti previsti per il riconoscimento dell'invalidità civile in relazione ai disturbi del neurosviluppo.
- Il quadro soddisfa altresì i criteri per il riconoscimento dell'handicap ai sensi della L.104/1992, inclusa la connotazione di gravità, poiché richiede interventi continui, assistenza educativa stabile, supporto alla sicurezza, misure scolastiche dedicate e presa in carico specialistica.

Alla luce della coerenza delle evidenze raccolte che mostrano come i criteri clinici, normativi e funzionali richiesti dalla legge risultano pienamente soddisfatti, diviene necessario considerare tali risultati in rapporto alle conclusioni formulate nella CTU.

La CTU rappresenta l'unica fonte non allineata al corpus clinico-documentale e psicodiagnostico. Tuttavia, è nostra opinione che tale divergenza non può andare a modificare l'esito peritale, poiché, la valutazione d'ufficio:

- non è stata condotta con strumenti standardizzati;
- non ha valutato il funzionamento adattivo;
- non ha integrato la documentazione clinica pregressa;
- si basa su una sola osservazione ambulatoriale, priva dei requisiti minimi di replicabilità.

Per tali ragioni, sul piano tecnico-scientifico, le conclusioni della CTU non soddisfano i criteri metodologici richiesti per le valutazioni in età evolutiva e non sono opponibili alla convergenza delle evidenze cliniche e testologiche di parte esaminate.

Alla luce dell'intera analisi condotta, l'esame integrato della documentazione e l'oggettivazione psicodiagnostica effettuata in sede di CTP, **Posto e Confermato dai dati**, è possibile affermare:

Il minore XXXX presenta una condizione neuroevolutiva grave che determina una compromissione stabile, significativa e multidimensionale del funzionamento adattivo. Tale quadro soddisfa pienamente i criteri diagnostici, clinici e normativi richiesti per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap con connotazione di gravità, ai sensi della legislazione vigente.

PALERMO, 06.12.2X.

I Consulenti Tecnici di Parte

Dott.ssa Ivana Di Maggio

Psicologo Clinico e Forense

Iscriz. Albo Psicologi

Regione Sicilia n. 13084-A

Firma _____

Dott. Daniele Russo

Psicologo Clinico e Forense

Iscriz. Albo Psicologi

Regione Sicilia n. 3685/A

Firma _____

ALLEGATI