

FAMI 2219

L'accertamento dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati":  
la conduzione della Procedura multidisciplinare presso il Servizio Sanitario

Approfondimento indagine  
NPI/Psicologica

Dr.ssa Luigina Cenci

Ancona, 13 Dicembre 2021

Lavoro multiprofessionale ed  
interistituzionale declinato nei diversi  
interventi organizzativi in base ai  
bisogni emergenti per una presa in  
carico il più possibile integrata

# Approccio integrato psico-socio-sanitario per la presa in carico MSNA

**Culture**  
Appartenenza  
Servizi accoglienza



**Mandati**  
Migratori  
Integrazione

**MSNA**

**Bisogni  
di cura**

**Progetti**



# Indagine Neuropsichiatrica/Psicologica

- ❖ viene effettuata attraverso un **colloquio** per valutare il livello di **maturazione psicologica** (tenuto conto dell' ambiente culturale e della storia personale del minore) e della sua coerenza con l' età dichiarata
- ❖ il colloquio terrà conto della **precedente raccolta dati** (colloquio sociale) ponendo attenzione all' eventuale presenza di elementi psicopatologici **valutazione cognitiva o personalità**
- ❖ il colloquio viene condotto dallo Psicologo dell' età evolutiva o dal Neuropsichiatra Infantile ed organizzato con una modalità di raccolta standardizzata di informazioni attraverso un' **intervista semi strutturata** al fine di ridurre la variabilità data dal giudizio soggettivo dell' operatore e svolta in condizioni tali da poter avere la massima collaborazione da parte del soggetto in esame
- ❖ eventuali **test psicologici** di valutazione cognitiva o personalità potranno essere utilizzati a scopo orientativo **non essendo disponibili test ad hoc**

## Indagine Neuropsichiatrica/Psicologica

**N.B.** I test proiettivi, inclusi i disegni spontanei, possono fornire indicazioni utili in merito alla struttura della personalità del presunto minore, all'assetto relazionale ed ad eventuali disturbi psicopatologici, ma non altro



- ❖ alla presenza del mediatore interculturale di **madre lingua**
- ❖ fornisce accompagnamento e significato alle rappresentazioni culturali di minore e famiglia
- ❖ informazioni relative agli aspetti “ geografici “ dei minori



# Approfondimento psicodiagnostico

- ❖ Leiter-R/ Leiter 3/ Matrici progressive Raven
- ❖ Test proiettivi (disegni)
- ❖ CBCL (11-18)
- ❖ PTSD Checklist (PCL-5)-Life Event Check List (LEC)
- ❖ K-SADS-PL DSM-5 (Intervista diagnostica valutazione disturbi psicopatologici)
- ❖ Refugee Health Screener-RHS 15
- ❖ GOSR (Griglia Osservazione Segnali Rischio)  
sia le direttive europee (2013/33 EU) sia la legislazione italiana sull'accoglienza MSNA prevedono azioni di procedure di screening

# **esame della capacità cognitiva generale**

abilità visuoperceptiva

integrazione visuomotoria

posizione nello spazio

coordinazione occhio-mano

abilità grafomotorie (mano usata, tipo prensione, scrittura prediletta)

Indici da segnalare:

fluenza grafica

lentezza esecutiva

dismetrie

autocorrezioni

**comprensione verbale delle domande**

orientamento spazio-temporale, qualità contenuti racconto orale

**competenze mnestiche**

compresa memoria autobiografica

**competenze attentive e funzioni esecutive**

# Leiter-R

Completamente non verbale, la Leiter-R è un test per la misura del QI e dell'abilità cognitiva particolarmente adatto per bambini e adolescenti, da 2 a 20 anni, con ritardo cognitivo e con disturbi verbali.

A differenza dei test tradizionali del QI, la Leiter-R pone l'accento sull'intelligenza fluida ed è quindi meno soggetta a influenze linguistiche, culturali, sociali o educative.

L'edizione italiana è una traduzione dall'originale, non corredata didattamento, le norme di riferimento sono quelle USA

Consiste di due batterie standardizzate:

- *Visualizzazione e Ragionamento (VR)*, costituita di 10 subtest per la misura di capacità cognitive non verbali legate alla visualizzazione, alle abilità spaziali e al ragionamento
- *Attenzione e Memoria (AM)*, costituita anch'essa di 10 subtest

Sono incluse inoltre quattro *scales di livello* (per l'esaminatore, per il genitore, di autovalutazione e per l'insegnante), che permettono un'osservazione multidimensionale del comportamento del soggetto.

Le due batterie possono essere somministrate assieme (per un totale di circa 90') o separatamente.

Ambedue permettono di ottenere *punteggi "di crescita"*, non standardizzati con l'età, che *misurano piccoli, ma importanti miglioramenti in soggetti con gravi deficit cognitivi*, in modo che sia possibile monitorarne nel tempo i progressi.

## Visualizzazione e Ragionamento (VR)

La *batteria VR* prevede due possibilità di valutare l'intelligenza globale: per mezzo di uno screening del *QI* breve (25' per la somministrazione), o attraverso la scala completa di misura del *QI* (40'), per una stima affidabile e completa dell'intelligenza non verbale.

- ❖ *Figure Ground - FG*: identificazione di figure mascherate all'interno di uno stimolo complesso
- ❖ *Design analogies - DA*: analogie classiche
- ❖ *Form completion - FC*: abilità di riconoscere un oggetto da un insieme di sue parti frammentate
- ❖ *Matching - M*: discriminazione ed abbinamento di stimoli visivi
- ❖ *Sequential order - SO*: progressioni logiche di oggetti figurati
- ❖ *Repeated patterns - RP*: combinazioni di oggetti figurati che vengono ripetuti

- ❖ *Picture context - PC*: abilità di riconoscere un oggetto figurato che è stato rimosso da una figura più grande, usando indizi visivi contestuali
- ❖ *Classification - C*: classificazione di oggetti
- ❖ *Paper folding - PF*: abilità di ripiegare mentalmente un oggetto; bi o tridimensionale
- ❖ *Figure rotation - FR*: rotazione mentale di un oggetto.

## ❖ **Attenzione e Memoria (AM)**

La *batteria AM* permette di individuare con precisione soggetti affetti da disturbi di iperattività e da deficit di attenzione (ADHD), disturbi dell'apprendimento (LD) o da altri deficit di carattere neuropsicologico, contribuendo al punteggio QI globale grazie ad attendibili indicatori diagnostici relativi ai punteggi ottenuti dal soggetto alla Batteria VR.

❖ La Batteria AM offre uno screening rapido (25') dei processi di memoria, per l'identificazione di soggetti ADHD e LD, o una diagnosi completa delle capacità di attenzione e memoria (35').

- ❖ *Associated pairs - AP*: abilità di ricordare associazioni significative e non
- ❖ *Immediate recognition - IR*: abilità di discriminare tra oggetti presenti e assenti
- ❖ *Forward memory - FM*: abilità di ricordare una sequenza di oggetti figurati
- ❖ *Attention sustained - AS*: capacità di mantenere a lungo l'attenzione su compiti "noiosi"
- ❖ *Reverse memory - RM*: abilità di ricordare una sequenza di oggetti figurati nell'ordine inverso da quello indicato

- ❖ *Visual coding - VC*: versione non verbale del classico compito del cifrario di simboli
- ❖ *Spatial memory - SM*: memoria spaziale
- ❖ *Delayed pairs - DP*: abilità di riconoscere gli oggetti attraverso la riproposizione del subtest AP
- ❖ *Delayed recognition - DR*: abilità di riconoscere gli oggetti attraverso la riproposizione del subtest IR
- ❖ *Attention divided - AD*: attenzione perseverativa, in situazioni in cui è chiesto di dividere l'attenzione



# COSA OFFRE

- ❖ Valutazione multidimensionale del comportamento
- ❖ Possibilità di somministrare le batterie separatamente o insieme
- ❖ Possibilità di scelta fra forma breve o completa delle batterie VR e AM
- ❖ Punteggio di crescita utile per eseguire verifiche periodiche sui progressi cognitivi di soggetti con deficit

L'indipendenza dalle capacità verbali rende il test particolarmente adatto per la valutazione del funzionamento intellettivo di bambini e adolescenti con:

- ❖ ritardo cognitivo e disturbi uditivi o di linguaggio;
- ❖ ADHD o disturbi dello spettro autistico;
- ❖ difficoltà nel padroneggiare la lingua italiana;
- ❖ disabilità motorie gravi.

# Leiter 3

Completamente non verbale, la Leiter-3 è un test per la misura del QI e dell'abilità cognitiva utilizzabile con bambini, adolescenti e adulti (dai 3 ai 75+ anni)

A differenza dei test tradizionali del QI, la Leiter-3 pone l'accento su componenti fluide e non verbali del ragionamento.

Questa sua caratteristica la rende perfetta per soggetti con disturbi del linguaggio, con persone che non parlano l'italiano come lingua madre, o con chi ha subito danni cerebrali o è affetto da patologie degenerative

- ❖ Rispetto alla precedente versione (Leiter-R) la batteria ha aumentato la fascia di età (3-75+ anni) e si mostra più snella e agile con soli 10 subtest di cui 5 vengono utilizzati per la batteria *Cognitiva* (ne bastano 4 per ottenere una stima di QI non verbale) e 5 per la batteria *Attenzione e Memoria*
- ❖ La presenza di due batterie distinte per il **QI non verbale e attenzione e memoria** rappresenta un punto di forza e fa in modo che, soprattutto nel caso di soggetti con ADHD o disturbi dell'apprendimento, i fattori di memoria e attenzione non riducano in maniera impropria la stima del funzionamento cognitivo globale

❖ La Leiter-3 include i migliori subtest della Leiter-R.

È composta da due batterie:

**Cognitiva e Attenzione e Memoria**

ognuna costituita da 5 subtest.

Le batterie possono essere somministrate insieme o separatamente.

❖ **Batteria Cognitiva.**

❖ La Leiter-3 enfatizza l'intelligenza fluida, la misura più valida delle abilità cognitive innate di un individuo. Di conseguenza è meno soggetta a influenze linguistiche, culturali, sociali o educative.

- ❖ I subtest che compongono la batteria sono:
- ❖ **Figura/sfondo (FG - Figure Ground):** identificazione di figure o immagini nascosti all'interno di uno stimolo complesso
- ❖ **Completamento di forme (FC - Form Completion):** abilità di riconoscere un oggetto intero dall'insieme delle sue parti disposte in modo casuale
- ❖ **Classificazione/analogie (CA - Classification/Analogies):** il subtest comincia con un compito che valuta la classificazione di oggetti o disegni geometrici.



Il compito è seguito (a partire dai 6 anni) da item che misurano il ragionamento con forme geometriche.

**Ordine sequenziale (SO - Sequential Order):**  
progressioni logiche di oggetti pittorici o figurati, selezione di stimoli collegati che progrediscono seguendo un certo ordine.

**Pattern visivi (VP - Visual Patterns):**  
*opzionale* (mette insieme due subtest della Leiter-R: *Matching e Repeated Patterns*).

# Batteria Attenzione e Memoria

- ❖ La batteria Attenzione e Memoria consente di individuare soggetti affetti da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), da disturbi dell'apprendimento (DSA) o da altri deficit di carattere neuropsicologico. I subtest che compongono la batteria:
- ❖ **Attenzione sostenuta (AS - Attention Sustained)**: esecuzione di compiti ripetuti che richiedono il mantenimento del controllo attentivo, come trovare e barrare tutti i quadrati che si trovano in una serie di forme geometriche stampate su un foglio.

- ❖ **Memoria in avanti (FM - Forward Memory):** abilità di ricordare una sequenza di oggetti figurati che l'esaminatore mostra in una certa successione.
- ❖ **Attenzione divisa (AD - Attention Divided):** questo subtest misura il grado di attenzione mantenuta quando è richiesto di "dividere" l'attenzione.
- ❖ **Memoria all'indietro (RM - Reverse Memory):** abilità di ricordare una sequenza di oggetti figurati in ordine inverso (ossia all'indietro) rispetto a quello utilizzato dall'esaminatore.
- ❖ **Stroop non verbale (NS - Nonverbal Stroop):** capacità di inibire l'interferenza cognitiva.

Valutazione **non verbale** del QI.

Due batterie distinte per QI non verbale e attenzione e memoria.

Punteggi supplementari per l'**analisi degli errori**.

❖ **È UTILE PER**

- ❖ Ritardo cognitivo e disturbi uditivi o di linguaggio.
- ❖ **ADHD** o disturbi dello spettro autistico.
- ❖ Disturbi specifici dell'apprendimento.
- ❖ Difficoltà nel padroneggiare la lingua italiana.
- ❖ Disabilità motorie gravi.

# Matrici di Raven

- ❖ in ogni scheda delle Matrici progressive viene richiesto di completare una serie di figure con quella mancante
- ❖ difficoltà progressiva richiede una sempre più elevata capacità di analisi, codifica, interpretazione e comprensione item

- ❖ Le **matrici Progressive Standard** sono state progettate con l'obiettivo di poter misurare la massima ampiezza dell'abilità mentale, è un **test** che può essere utilizzato con **individui di ogni età, indipendentemente dal livello di cultura, nazionalità e condizione fisica.**
- ❖ Le **Matrici standard** si propongono di valutare "l'abilità di una persona a formare relazioni percettive e a ragionare per analogie indipendentemente dal linguaggio e dal livello di scolarità raggiunto".
- ❖ Sono state pensate come un **test culture free** ossia poco influenzabile da fattori culturali.

- ❖ Consistono di 60 matrici o disegni disposte in 5 serie di 12 item (A, B, C, D, E) ciascuno mancante di una parte.
- ❖ Al soggetto viene chiesto di completare la parte mancante scegliendo fra 6/8 alternative proposte, di cui una sola è corretta.
- ❖ Le serie presentano difficoltà crescente, anche gli item di ciascuna serie sono disposte in ordine di difficoltà crescente.
- ❖ Il primo item è relativamente ovvio in modo da fornire una guida all'esaminato spiegando il principio usato per lavorare sui successivi item.

- ❖ La diversità della figura e l'arrangiamento degli item in termini di difficoltà servono entrambi a mantenere nell'esaminato interesse e motivazione.
- ❖ Il **test** può essere definito di autoapprendimento in quanto il soggetto dalla soluzione di ciascun item dovrebbe acquisire apprendimento per la soluzione del successivo.
- ❖ Il **test** è molto utile con soggetti che abbiano difficoltà di espressione linguistica e che si stancano facilmente.
- ❖ Non sono posti limiti di tempo per l'esecuzione della prova e sono essere utilizzate sia individualmente che in situazioni di gruppo.

**Youth Self Report (YSR)** è stato costruito da Achenbach nel 1991 al fine di disporre di uno strumento autodescrittivo per ottenere informazioni dirette dagli adolescenti, fascia di età 11-18 anni, sulle loro competenze e problemi comportamentali ed emotivi

- ❖ Rispondendo a 113 item, che si presentano sotto forma di affermazioni, riferibili a situazioni e a problemi di vario tipo, gli adolescenti forniscono un resoconto su di sé, sul loro funzionamento adattivo in diverse aree comportamentali ed emotive

Come per la Child Behavior Chek List (CBCL) da cui deriva, si ottengono due profili, uno per le competenze e uno per i problemi comportamentali ed emozionali, che possono essere valutati nei range “normale”, “al limite” o “clinico” di specifiche scale sindromiche.

Il PTSD Chek List (PCL-5) è una misura di auto-segnalazione di 20 elementi che valuta i 20 sintomi del DSM-5 del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD).

Ha una varietà di scopi, tra cui:

- ❖ Monitoraggio del cambiamento dei sintomi durante e dopo il trattamento
- ❖ Screening di individui per PTSD
- ❖ Diagnosi provvisoria di PTSD

- ❖ Il PTSD Chek List (PCL-5) può essere somministrato in uno dei tre formati seguenti:
- ❖ Senza criterio A
- ❖ Con una breve valutazione del criterio A
- ❖ Con lista di controllo degli eventi di vita per *DSM-5* (LEC-5) e il componente esteso criterio A
- ❖ Può essere completato in 5-10 minuti dai pazienti in una sala d'attesa prima di una sessione o dai partecipanti come parte di uno studio di ricerca
- ❖ L'interpretazione del PCL-5 deve essere fatta da un medico.

- ❖ Il PCL-5 può essere valutato in diversi modi:
- ❖ Un punteggio di gravità totale dei sintomi (intervallo - 0-80) può essere ottenuto sommando i punteggi per ciascuno dei 20 elementi.
- ❖ I punteggi di gravità del cluster dei *sintomi DSM-5* possono essere ottenuti sommando i punteggi per gli elementi all'interno di un determinato cluster, ovvero il cluster B (elementi 1-5), il cluster C (elementi 6-7), il cluster D (elementi 8-14) e il cluster E (elementi 15-20).

- ❖ La scala di valutazione dell'auto-segnalazione è 0-4 per ogni sintomo.
- ❖ I descrittori della scala di valutazione sono: "Niente affatto", "Un po' ", "Moderatamente", "Un bel po' " ed "Estremamente".

- ❖ La ricerca iniziale suggerisce che un punteggio di **cutoff PCL-5** tra **31-33** è indicativo di probabile **PTSD** tra i campioni.
- ❖ Inoltre, poiché la popolazione e lo scopo dello screening possono giustificare punteggi di cutoff diversi, gli utenti sono incoraggiati a considerare entrambi questi fattori quando scelgono un punteggio di cutoff.

# Strumenti di screening

- ❖ utilizzo del **Refugee Health Screener (RHS-15)** da integrare con le osservazioni cliniche, sociali ed educative e dal colloquio sociale
- ❖ è da considerarsi parte di una più complessa procedura di screening multimetodo
- ❖ può essere utilizzato per l' identificazione precoce dei segnali di rischio psicosociale



## *Un questionario breve culturalmente competente: RHS-15*

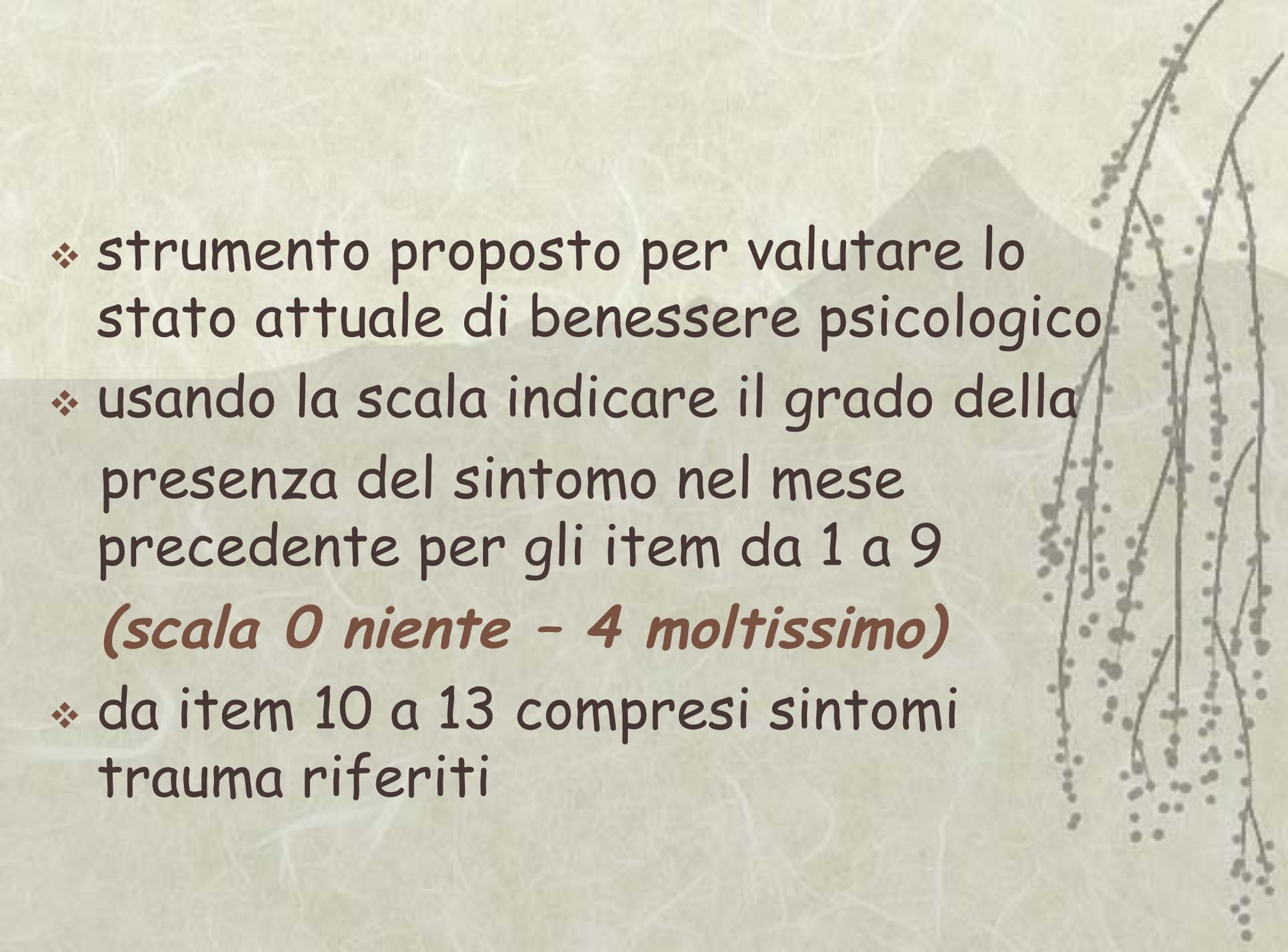
*L'RHS-15 (Refugee Health Screener-15) valuta i  
rifugiati per sintomi di ansia e depressione,  
compreso il disturbo da stress post-traumatico*

*NON è DIAGNOSTICO è PREDITTIVO*

*Somministrato tramite intervista o  
Autosomministrato (disponibile in varie lingue)*

*Strumento validato\**

*\*Hollifield et al., 2013*

- 
- ❖ strumento proposto per valutare lo stato attuale di benessere psicologico
  - ❖ usando la scala indicare il grado della presenza del sintomo nel mese precedente per gli item da 1 a 9  
*(scala 0 niente - 4 moltissimo)*
  - ❖ da item 10 a 13 compresi sintomi trauma riferiti

# RHS-15

SINTOMI NELL'ULTIMO MESE		0	1	2	3	4
1	dolore ai muscoli, ossa, articolazioni					
2	ti senti giù, triste, per la maggior parte del tempo					
3	hai tanti, troppi pensieri					
4	ti senti senza aiuto					
5	hai improvvise paure senza motivo					
6	hai svenimenti, vertigini, debolezza					
7	hai nervosismo, ti senti traballare					
8	non riesci a stare fermo					
9	piangi facilmente					

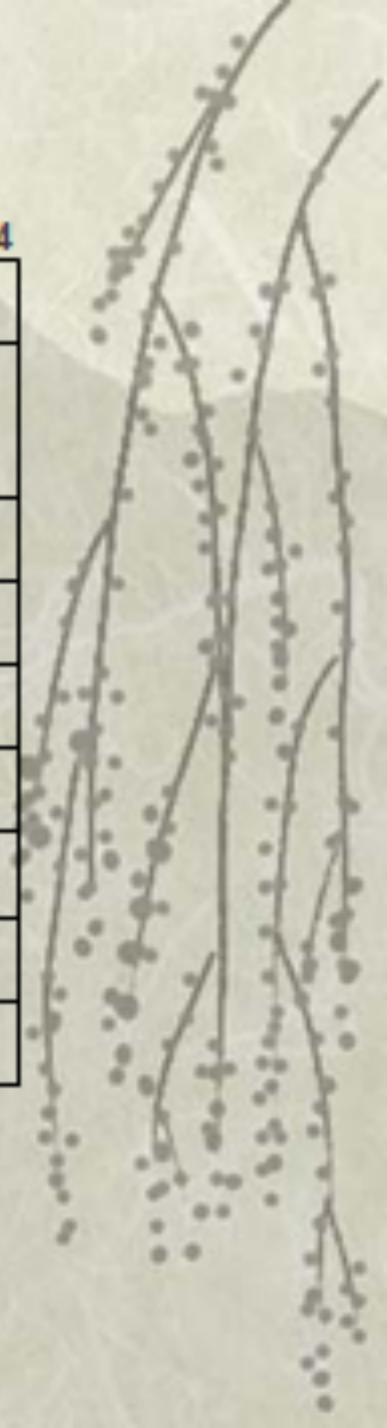
0 = no

1 = raramente

2 = qualche volta

3 = abbastanza

4 = moltissimo



Questi sintomi sono collegati ad una esperienza traumatica (es. guerra, migrazione)

<b>NELL' ULTIMO MESE</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>10</b>	<b>hai avuto la sensazione di rivivere il trauma? muoversi o sentirsi come se accadesse ancora</b>					
<b>11</b>	<b>hai avuto una reazione fisica (es. sudorazione improvvisa, battere il cuore forte) ripensando al trauma?</b>					
<b>12</b>	<b>ti sei sentito emotivamente spento (es. sentito triste ma incapace di piangere, non riuscire a provare un sentimento di amore)</b>					
<b>13</b>	<b>sei stato nervoso, spaventato facilmente (es. quando qualcuno cammina dietro di te)</b>					

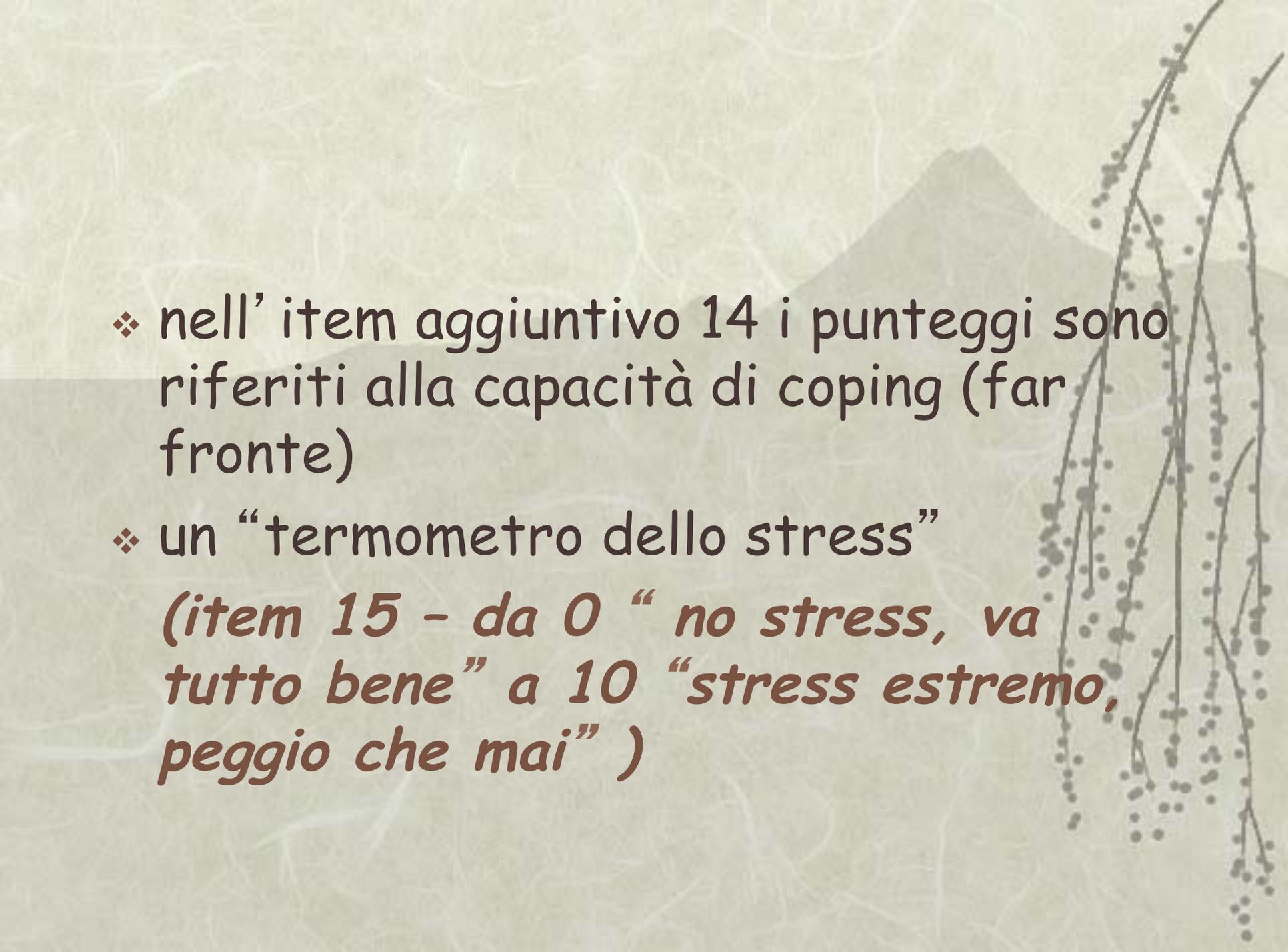
0 = no

1 = raramente

2 = qualche volta

3 = abbastanza

4 = moltissimo

- 
- The background features a stylized illustration of a mountain range in shades of grey and brown, with a prominent peak on the right. In the foreground on the right side, there are several thin, dark branches of a willow tree, each adorned with small, dark, round buds or leaves. The overall aesthetic is soft and naturalistic.
- ❖ nell' item aggiuntivo 14 i punteggi sono riferiti alla capacità di coping (far fronte)
  - ❖ un “termometro dello stress”  
*(item 15 - da 0 “no stress, va tutto bene” a 10 “stress estremo, peggio che mai” )*

## RHS-15

### 14 ITEM AGGIUNTIVO

in genere nella tua vita ti senti:

in grado di affrontare tutto ciò che ti capita

0

in grado di affrontare la maggior parte delle cose che ti capitano

1

in grado di affrontare alcune cose ma non altre

2

incapace di affrontare la maggior parte delle cose

3

incapace di affrontare qualsiasi cosa

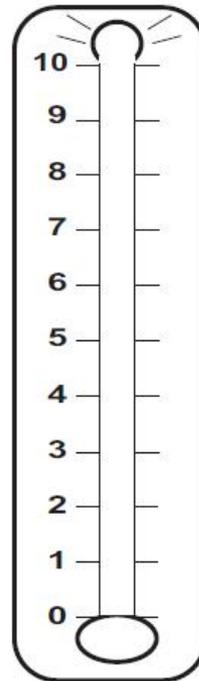
4



# RHS -15

Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.

Extreme distress



No distress

*Mi sento tanto male  
come non mi sono  
sentito mai*

*Le cose vanno bene*

Lo screening è positivo

1. Se gli item 1-14 sono  $>12$
2. Il termometro di stress è  $>5$

Il risultato è individuato attraverso tre fasce di rischio psicosociale (basso, medio, alto)

**NON è DIAGNOSTICO ma PREDITTIVO  
NECESSARIA PRESA IN CARICO DALLA RETE  
DELL' ASSISTENZA**

## RHS-15

### **Chi può somministrare l'RHS-15 ?**

*operatori sanitari, interpreti, altri coinvolti nella cura del paziente*

*almeno un'ora di formazione per chiunque usi lo strumento per discutere il ragionamento alla base, come impostare il contesto, come valutarlo*

*formare gli interpreti/mediatori poiché molti di essi, provenienti da comunità di rifugiati potrebbero essere influenzati dalle personali convinzioni sulla salute mentale*

## **QUANDO un operatore sanitario dovrebbe somministrare l'RHS-15 ?**

*Possibilmente all'inizio del percorso di "accoglienza"  
Ideale all'interno di strutture sanitarie in cui è  
Probabile che lo stigma sia inferiore*

## **In CHE MODO un operatore sanitario amministra e valuta l'RHS-15?**

*Autosomministrazione se la persona è scolarizzata  
Insieme all'interprete/mediatore se la persona non è  
scolarizzata  
Se una qualche domanda risulta di difficile comprensione,  
andare avanti con le successive  
Avere un riferimento in rete nel caso di "scompenso"*

*RHS è una rappresentazione parziale,  
mobile e momentanea dello stato e  
funzionamento psicologico, circoscritta al  
momento dell'avvio di percorsi di  
adattamento al contesto italiano*

*La procedura di screening risulta comunque ad  
oggi efficace nell'individuare situazioni di alto  
rischio e di disagio psicosociale significativo*

*Può rappresentare uno strumento per un  
linguaggio comune l'attuazione del metodo di  
lavoro multidisciplinare e in rete*

*L' utilizzo del RHS-15 è inserito in un modello multidisciplinare **SOCIO-SANITARIO INTEGRATO** dove risulta fondamentale il collegamento con gli altri professionisti specificamente formati (alla relazione con i migranti stranieri e all' uso di eventuali test) e il lavoro insieme al mediatore interculturale di lingua madre*

*Le prassi di screening e di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati in dodici Comuni italiani, Rapporto della ricerca a cura di Équipe Migranti UONPIA Policlinico di Milano  
Codici Ricerca e Intervento*

# Conclusioni

Metodologia improntata alla ricerca-azione

Formazione e supervisioni in ottica multidisciplinare

Reciprocità di informazioni

Definizione e ri-definizione di percorsi e best practice

Co-costruzione strumenti e modalità

Modificazione e ristrutturazione di governance

# Strumenti comuni per la valutazione psicologica/neuropsichiatrica di base

Sviluppo cognitivo raggiunto dal soggetto nei principali domini neuropsicologici

- ❖ Leiter 3 / Matrici di Raven
- ❖ YSR (11-18)
- ❖ Refugee Health Screener-RHS 15



## Bibliografia

- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 169-175
- Ardino, V., & Di Benedetto, G. (2017). The economic case of psychosocial care of Unaccompanied Foreign Minors (UAMs) in Italy: A brief policy report. *MAL TRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA*
- Bevilacqua, P. (2009). La valutazione diagnostica dei bambini e degli adolescenti migranti. In Cattaneo L., Dal Verme S. (curatrici), *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, pp. 238-286. Franco Angeli: Milano
- Branchi, C. (2015). Proiezioni. Appunti sui test psicodiagnostici e il loro uso in sede di valutazione del minore straniero e della sua famiglia. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 39-40, 201-216
- Carlson B. E., Cacciatore K., & Klimek B. (2012). A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors. *Social Work*, 57(3), 259-69
- Caroppo E., Del Basso G., & Brogna P. (2014). Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale. *REMHU*, Anno XXII, 43, 99-116
- Cerniglia, L., & Cimino, S. (2012). Minori immigrati ed esperienze traumatiche: Una rassegna teorica sui fattori di rischio e di resilienza. *Infanzia e Adolescenza*, 11(1), 11-24
- Connor, D. F., Ford, J. D., Arnsten, A. F., & Greene, C. A. (2015). An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Pediatrics*, 54(6), 517-528
- El Baba, R., & Colucci, E. (2018). Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: A systematic review. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(2), 194-207.  
<https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1355929>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282
- Fontana, M., Fattori, F., Trezzi, S., Conte, M., Bernardini, L., Marando, L., Michelini, G., Trapani, A., & Costantino, M. A. (under review). Unaccompanied foreign minors and mental health: Implementation and evaluation of the RHS-15 screening procedure for unaccompanied foreign minors. *Migration and Health*.
- Gadeberg, A. K., Montgomery, E., Frederiksen, H. W., & Norredam, M. (2017). Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: A systematic review of validated screening

and measurement tools. *European Journal of Public Health*, 27(3), 439-446.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034>

Hollifield, M., Toolson, E. C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T., & Holland, A. (2016). Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 247-253.

Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, (2011). Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 307-319. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0219-4>

Jacobsen M., Demott M. A., Heir T., (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in norway. *Clinical Pract Epidemiol Ment Health*, 10, 53-8

Jensen T. K., Skardalsmo E. M. B., Fjermestad K. W. (2014). Development of mental health problems—A follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 8, 29. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>

Perfect M. M., Turley M. R., Carlson J. S., et al. (2016), School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015. *School Mental Health*, 8, 7-43

Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*, 4(1), 131.  
<https://doi.org/10.1186/s40064-015-0902-1>

Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R., & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(6), 605-611

Tam S. Y., Houlihan S., & Melendez-Torres G. J. (2017). A systematic review of longitudinal risk and protective factors and correlates for posttraumatic stress and its natural history in forcibly displaced children. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(4), 377-395.  
doi:10.1177/1524838015622437

Taurino A., Vergatti L.V., Colavitto M.T., Bastianoni P., Godelli S., & Del Castello E. (2012). I Minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti risiedenti in comunità. *Infanzia e Adolescenza*, 11, 47-64



*Grazie per l'ascolto!*

