

# Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la malattia psichiatrica si manifesta in bambini e adolescenti con una prevalenza pari al 7-10%. In particolare, il 75% dei disturbi mentali si manifesta in maniera evidente entro i 25 anni e la maggior parte di essi ha origine in adolescenza. Se consideriamo la realtà italiana, l'8% dei ragazzi/e preadolescenti presenta disturbi neuropsichiatrici con una prevalenza delle difficoltà affettive (6,5% dei casi) rispetto alle difficoltà comportamentali. In particolare, i principali disturbi psichiatrici sono rappresentati dai disturbi d'ansia (7% della popolazione), dal disturbo depressivo (1% circa), dal disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (1-3%) e dal disturbo della condotta (1% circa).

La percentuale di rischio psicopatologico sembra inoltre aumentare nel corso dello sviluppo: da una prevalenza pari al 10% in età scolare si passa al 13,2% in età preadolescenziale e al 16,5% in adolescenza. Questi dati risultano d'interesse perché rendono evidente, da un punto di vista evolutivo, una continuità tra le difficoltà psichiatriche dell'età infantile e quelle dell'età adulta. In altri termini, molti degli adulti con disturbo mentale hanno presentato un disturbo già prima dell'adolescenza e molti dei ragazzi con difficoltà emotive o comportamentali segnalate o meno in età precoce presenteranno un disturbo psichiatrico in adolescenza e in età adulta.

L'adolescenza e la preadolescenza rappresentano, del resto, **periodi sensibili** rispetto alla possibile insorgenza di malattie mentali. Proprio in questa fase di vita, infatti, il cervello subisce una forte spinta maturativa, ma con importanti differenze nel tempo di sviluppo tra le diverse aree e circuiti cerebrali. In particolare, le aree frontali raggiungono il loro pieno sviluppo e consentono capacità esecutive ottimali già in adolescenza. In termini di modulazione comportamentale, invece, si tratta di una fase in cui le risorse di controllo e di inibizione degli impulsi non sono ancora completamente evolute e mature. Tutto questo rende l'adolescente e il preadolescente particolarmente **vulnerabili** alla comparsa di un disturbo psichiatrico.

La moderna psicopatologia dello sviluppo considera i disturbi psicopatologici come il risultato di una causalità multifattoriale e dell'interazione di molte variabili sia biologiche che ambientali che possono rappresentare veri e propri fattori di rischio o di protezione. I fattori di rischio sono innanzitutto biologici, tra questi la familiarità per malattia mentale. Ulteriori fattori di rischio consistono poi in difficoltà emozionali legate, ad esempio, a esperienze precoci di abuso e all'incuria in particolare, problemi interpersonali quali l'isolamento e una chiusura relazionale rigida ed eccessiva, circostanze come l'appartenenza a una classe sociale svantaggiata e conflitti familiari, ma anche eventuali insuccessi scolastici e difficoltà di apprendimento in genere. Negli ultimi anni, poi, tra i fattori di rischio l'uso delle sostanze psicotrope ha assunto un ruolo centrale per importanza e frequenza. È ampiamente dimostrato, ad esempio, come l'abuso di cannabinoidi abbia severe ripercussioni sulla salute mentale e sul funzionamento neurocognitivo degli adolescenti.

Viceversa, tra i fattori di protezione il più importante sembra essere rappresentato dal Quoziente Intellettivo e, più in generale, da buone capacità cognitive. Una buona condizione fisica, un buon rendimento scolastico e, in ultimo, una buona autostima sono altrettanti importanti fattori di protezione. È evidente, quindi, come il ruolo delle agenzie educative, famiglia e scuola su tutte, sia centrale nel promuovere la salute mentale e nel prevenire la comparsa di disturbi mentali.

Ma se la malattia psichiatrica è così frequente anche in età evolutiva e richiede un intervento immediato, come curarla? Due i presidi principali: la psicoterapia e i farmaci. Di fronte a questa verità occorre però fare uno sforzo e superare il pregiudizio di psicoterapia = buono, farmaco = cattivo. È, infatti, persino troppo evidente che trattandosi di strumenti non hanno una natura di per sé, ma è piuttosto l'uso che se ne fa a renderli utili, inutili o addirittura dannosi. La vera sfida non è sposare un metodo di cura a prescindere e in modo ideologico, ma individuare, per ogni disturbo, il miglior trattamento possibile sulla base delle evidenze raccolte dalla comunità scientifica. Così, per alcuni disturbi, non abbiamo al momento terapie farmacologiche che possano correggere i fondamentali sintomi psicopatologici. È il caso dell'autismo, che sembra rispondere maggiormente a interventi di tipo comportamentale, o dell'anoressia mentale, per cui interventi di psicoterapia familiare possono essere utili. Per altri disturbi il trattamento farmacologico costituisce invece un'importante risorsa terapeutica come, ad esempio, nella depressione grave o nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività (meglio noto con l'acronimo inglese ADHD) grave. Infine, per altri disturbi ancora, il farmaco costituisce una priorità di cura, come nel caso del disturbo bipolare o negli esordi psicotici. Il tipo di cura può poi modificarsi lungo la storia di malattia. Nel caso degli esordi psicotici, il farmaco è la prima risposta che diviene insufficiente se non si associa, nel tempo, anche un intervento di natura psicosociale. Ridurre il dibattito sul trattamento in psichiatria al dualismo farmaco/psicoterapia testimonia, sia nella direzione pro-farmaco che nell'opposta pro-psicoterapia, un approccio ideologico fortemente lesivo della domanda di salute dei nostri pazienti. Abbiamo bisogno di solide linee-guida che ci aiutino a scegliere, sulla base di chiare evidenze scientifiche, la migliore cura per quel determinato disturbo e, soprattutto, per quel particolare paziente in relazione alla sua storia e al suo contesto di vita.

Secondo questo modo di vedere è sconcertante constatare come i ragazzi italiani, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, ricevano raramente una corretta prescrizione terapeutica da parte degli specialisti. Infatti, il consumo di farmaci attivi sul Sistema Nervoso Centrale è, nel nostro Paese, molto basso e in ridu-

zione progressiva. Si veda, ad esempio, il caso dell'ADHD. I bambini e gli adolescenti in trattamento con farmaci per la cura dell'ADHD sono circa 3500 in tutta Italia<sup>1</sup> a fronte di un bisogno, calcolato sulla base di dati epidemiologici, di almeno 70.000 casi. In altre parole, l'allarme lanciato da molte associazioni, e che sembra essere raccolto persino da alcune proposte di legge in discussione in parlamento, riguarda un'esigua minoranza di bambini, tutti costantemente monitorati, giunti al trattamento farmacologico non in modo selvaggio ma seguendo un iter codificato e controllato direttamente dall'Istituto Superiore di Sanità mediante il noto Registro Nazionale.

Il terrorismo mediatico contro l'uso del farmaco per la cura di malattie psichiatriche in infanzia e adolescenza non appartiene alla tradizione scientifica, ma assomiglia piuttosto alla caccia alle streghe e ricorda più il medioevo che il secolo dei lumi. La malattia psichiatrica del bambino pone una grande sfida ai medici e ai pediatri in particolare, ai genitori e a chi ha responsabilità di salute pubblica: per vincerla occorre una forte alleanza tra tutte queste componenti. Anche superando stereotipi irrazionali si potrà consentire un miglioramento del livello delle cure e una vita migliore dei bambini e delle loro famiglie.

È indispensabile che il neuropsichiatra infantile ma anche lo psicologo clinico siano formati alla diagnosi e al trattamento dei diversi disturbi psichiatrici secondo linee-guida condivise e basate sull'evidenza scientifica. Facilitare tale formazione è lo scopo di questo manuale: uno strumento pratico e di facile consultazione rivolto ai neuropsichiatri ma anche a psicologi, terapisti, infermieri, psichiatri e, in generale, a tutti gli operatori dell'età evolutiva.

*Stefano Vicari e Benedetto Vitiello*

---

<sup>1</sup> Dati Istituto Superiore di Sanità.

# *Autori*

## *Curatori*

### **Stefano Vicari**

Responsabile UOC Neuropsichiatria Infantile  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS Roma

### **Benedetto Vitiello**

Professore di Psichiatria, Johns Hopkins University Baltimora  
Responsabile Treatment and Preventive Interventions Research Branch  
National Institute of Mental Health, National Institutes of Health  
Bethesda, MD, USA

## *Autori*

### **Paolo Alfieri**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

### **Marco Angriman**

Servizio di Neurologia per l'Età Evolutiva  
Dipartimento di Pediatria, Ospedale Centrale, Bolzano

### **Marco Armando**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Roberto Brugnoli**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
"Sapienza" Università di Roma

**Oliviero Bruni**

Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo  
e Socializzazione  
"Sapienza" Università di Roma

**Nicola Carone**

Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo  
e Socializzazione  
"Sapienza" Università di Roma

**Dario Carrus**

Dipartimento di Salute Mentale, ASL VT  
Viterbo

**Maria Pia Casini**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Floriana Costanzo**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Martina Curto**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
"Sapienza" Università di Roma

**Franco De Crescenzo**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Francesco De Maria**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Simona Di Gioia**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Giuseppe Ducci**

UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura  
Ospedale San Filippo Neri, ASL Roma E, Roma

**Denise Erbuto**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
“Sapienza” Università di Roma

**Antonella Gagliano**

UOC Neuropsichiatria Infantile  
Policlinico Martino, Messina

**Valeria Gazerro**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Paolo Girardi**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
“Sapienza” Università di Roma

**Vittorio Lingiardi**

Facoltà di Medicina e Psicologia, Dipartimento di Psicologia  
Dinamica e Clinica  
“Sapienza” Università di Roma

**Nella Lo Cascio**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Luigi Marotta**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Gabriele Masi**

UOC Psichiatria e Psicofarmacologia dell’Età Evolutiva  
IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa

**Luigi Mazzone**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Deny Menghini**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Antonio M. Persico**

UOS Neuropsichiatria Infantile  
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

**Manuela Pintor**

Clinica di Neuropsichiatria Infantile  
Azienda Ospedaliero-Universitaria, Cagliari

**Maurizio Pompili**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
"Sapienza" Università di Roma

**Maria Pontillo**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Federica Ricci**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
"Sapienza" Università di Roma

**Fabiana Rovedi**

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso  
"Sapienza" Università di Roma

**Livia Sanna**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Giovanni Valeri**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Cristiana Varuzza**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Pamela Varvara**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Giacomo Vivanti**

Olga Tennison Autism Research Centre, School of Psychological  
Science, La Trobe University, Bundoora Campus  
Melbourne, Australia

**Valeria Zanna**

UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma



# Indice

Introduzione <i>Stefano Vicari, Benedetto Vitiello</i>	XI
---	----

## PRIMA PARTE

### Cenni generali

1. Principi di farmacologia <i>Martina Curto, Roberto Brugnoli</i>	3
2. Genetica e terapia: verso un trattamento individualizzato <i>Antonio M. Persico</i>	23
3. Farmaci con indicazioni terapeutiche autorizzate e off-label <i>Franco De Crescenzo, Stefano Vicari</i>	51
4. Psicoterapia in età evolutiva: principi e pratica <i>Marco Armando, Maria Pontillo, Deny Menghini</i>	71
5. Il ruolo dei fattori ambientali in psichiatria dell'età evolutiva. Fattori di rischio e di protezione, resilienza <i>Giovanni Valeri</i>	85

## SECONDA PARTE

### I disturbi

6. Disabilità intellettiva e comorbilità psichiatrica <i>Paolo Alfieri</i>	109
7. I disturbi di linguaggio e di comunicazione <i>Luigi Marotta, Valeria Gazerro</i>	125

8. I disturbi di apprendimento <i>Cristiana Varuzza, Pamela Varvara, Deny Menghini</i>	159
9. I disturbi dello spettro autistico <i>Giovanni Valeri, Giacomo Vivanti</i>	181
10. ADHD: terapia di base, casi resistenti e comorbidità <i>Stefano Vicari, Floriana Costanzo, Benedetto Vitiello</i>	205
11. I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta <i>Luigi Mazzone</i>	223
12. I disturbi da tic e la sindrome di Tourette: cosa sono? <i>Simona Di Gioia, Giovanni Valeri</i>	241
13. I disturbi d'ansia <i>Benedetto Vitiello, Stefano Vicari, Nella Lo Cascio</i>	259
14. Il disturbo post-traumatico da stress <i>Benedetto Vitiello, Stefano Vicari, Livia Sanna</i>	275
15. Disturbi del sonno e comorbidità psichiatrica <i>Oliviero Bruni, Marco Angriman</i>	301
16. Il disturbo ossessivo-compulsivo <i>Francesco De Maria, Antonella Gagliano</i>	321
17. I disturbi del comportamento alimentare <i>Valeria Zanna, Manuela Pintor</i>	345
18. I disturbi dell'umore <i>Maria Pia Casini, Benedetto Vitiello</i>	363
19. Il disturbo bipolare in età evolutiva. Caratteristiche cliniche e trattamento farmacologico <i>Gabriele Masi</i>	399
20. I disturbi dello spettro schizofrenico <i>Marco Armando, Franco De Crescenzo, Maria Pontillo</i>	417
21. Abuso di sostanze e comorbidità psichiatrica negli adolescenti <i>Dario Carrus, Giuseppe Ducci</i>	443
22. Suicidio nell'adolescenza e nei giovani adulti <i>Maurizio Pompili, Fabiana Rovedi, Federica Ricci, Denise Erbuto, Paolo Girardi</i>	467
23. La disforia di genere <i>Vittorio Lingiardi, Nicola Carone</i>	503