

SCREENING DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO IN SOGGETTI DI 8-9 ANNI RESIDENTI IN CAMPANIA

Screening of the psychopathological risk in 8-9 year-old subjects in Campania

A. Gritti
C. Bravaccio¹
M. Salerno
M. Calderaro
F. Formicola
N. Abbamondi²
F. Di Benedetto³
D. Dragone⁴
M. Grossi⁵
F.D. Senatore⁶
A. Pascotto

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Seconda Università di Napoli; ¹ Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Pediatria, Università "Federico II", Napoli; ² Unità UONPIA ASL NA1; ³ Unità UONPIA ASL NA2; ⁴ Unità UONPIA ASL BN; ⁵ Unità UONPIA ASL CE1; ⁶ Unità UONPIA ASL SA1

Ricerca finanziata dal Ministero della Salute nell'ambito del programma nazionale per la realizzazione di progetti di prevenzione per la salute mentale e svolta in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania (Settore Assistenza Sanitaria - Servizio Materno Infantile e Settore Fasce Deboli - Servizio Salute Mentale).

PAROLE CHIAVE

Rischio psicopatologico - CBCL

KEY WORDS

Psychopathological risk - CBCL

RIASSUNTO

La Cattedra di Neuropsichiatria Infantile della Seconda Università di Napoli ha svolto nella regione Campania il primo studio per lo screening del rischio psicopatologico su una popolazione infantile in età scolare e per sperimentare un modello di prevenzione

I partecipanti allo studio (3072) sono stati arruolati tra la popolazione scolastica di terza e quarta elementare delle scuole pubbliche della regione.

Nel presente lavoro vengono presentati i risultati preliminari

SUMMARY

The Department of Child Neuropsychiatry of the Second University of Naples has conducted the first study to estimate prevalence of psychopathological risk in a school population of children in Regione Campania.

The 3074 subjects were recruited among children attending the 3rd and 4th classes of public primary school in the region. Preliminary results of the study are presented in this paper.

INTRODUZIONE

La prevalenza stimata per i disturbi psicopatologici in età evolutiva in Europa oscilla tra il 9,5% ed il 36%¹⁻⁷. In Italia, Frigerio⁸ ha riscontrato allo screening con CBCL problemi comportamentali o emotivi nel 9,8% di 3418 soggetti tra 10 e 14 anni.

La Cattedra di Neuropsichiatria Infantile della Seconda Università di Napoli ha svolto nella regione Campania il primo studio per lo screening del rischio psicopatologico su una popolazione infantile in età scolare e per sperimentare un modello di prevenzione. La ricerca è stata finanziata dal Programma Nazionale per la realizzazione di progetti di prevenzione per la salute mentale in ambito scolastico^a. In questo lavoro presentiamo i dati dello screening.

MATERIALI E METODI

Procedura per l'arruolamento dei soggetti

I partecipanti allo studio sono stati arruolati tra la popolazione scolastica di terza e quarta elementare delle scuole pubbliche della regione.

Sono state coinvolte nello studio le AASSLL NA1, NA2, BN, CE1, SA1. La Direzione Generale di ogni ASL ha individuato un neuropsichiatria infantile come responsabile locale dello studio.

^a Legge nazionale finanziaria 32/12/2000 n 338. Ministero della Salute.

È stato tenuto un incontro preliminare con i rappresentanti designati dalle Scuole che hanno accettato di partecipare al progetto assieme ai neuropsichiatri responsabili ed i promotori della ricerca. Nell'incontro è stato presentato lo studio e concordate le modalità con le quali ciascuna scuola avrebbe presentato agli organi scolastici competenti ed ai rappresentanti dei genitori la ricerca, e richiesto l'assenso. Su esigenza di singoli dirigenti scolastici, è stato svolto un successivo incontro presso le scuole con i rappresentanti dei docenti e con i genitori per illustrare le finalità dello studio.

I genitori degli alunni iscritti alle classi individuate per lo studio sono stati informati dettagliatamente, verbalmente e in forma scritta, sullo scopo della ricerca e le fasi della stessa, l'utilizzo dei dati e la tipologia degli strumenti utilizzati. È stato richiesto il consenso allo svolgimento della ricerca e l'uso dei dati, per ogni sin-

golo minore, tramite un apposito modulo da restituire compilato e firmato a cura dei genitori.

Le Scale *Child Behaviour Checklist 6-18* (CBCL 6-18)⁹⁻¹¹ di Achenbach nella versione per i genitori, *Parent Report Form* (PRF), una per la madre ed una per il padre, sono state consegnate in busta chiusa ad uno dei genitori. All'interno della busta erano contenute anche le informazioni circa la ricerca, ed il modulo per il consenso informato. Ai genitori è stato richiesto di restituire le scale ed il consenso informato, compilati, in busta chiusa, ai docenti di ogni singola classe.

Per ciascun allievo è stata consegnata ai docenti la Scala CBCL per gli insegnanti, *Teacher's Report Form* (TRF). Gli insegnanti hanno restituito compilato esclusivamente i questionari relativi agli alunni i cui genitori hanno riconsegnato la CBCL PRF.

Alla fine dello screening, le famiglie che hanno aderito al progetto sono state informate circa l'esito della

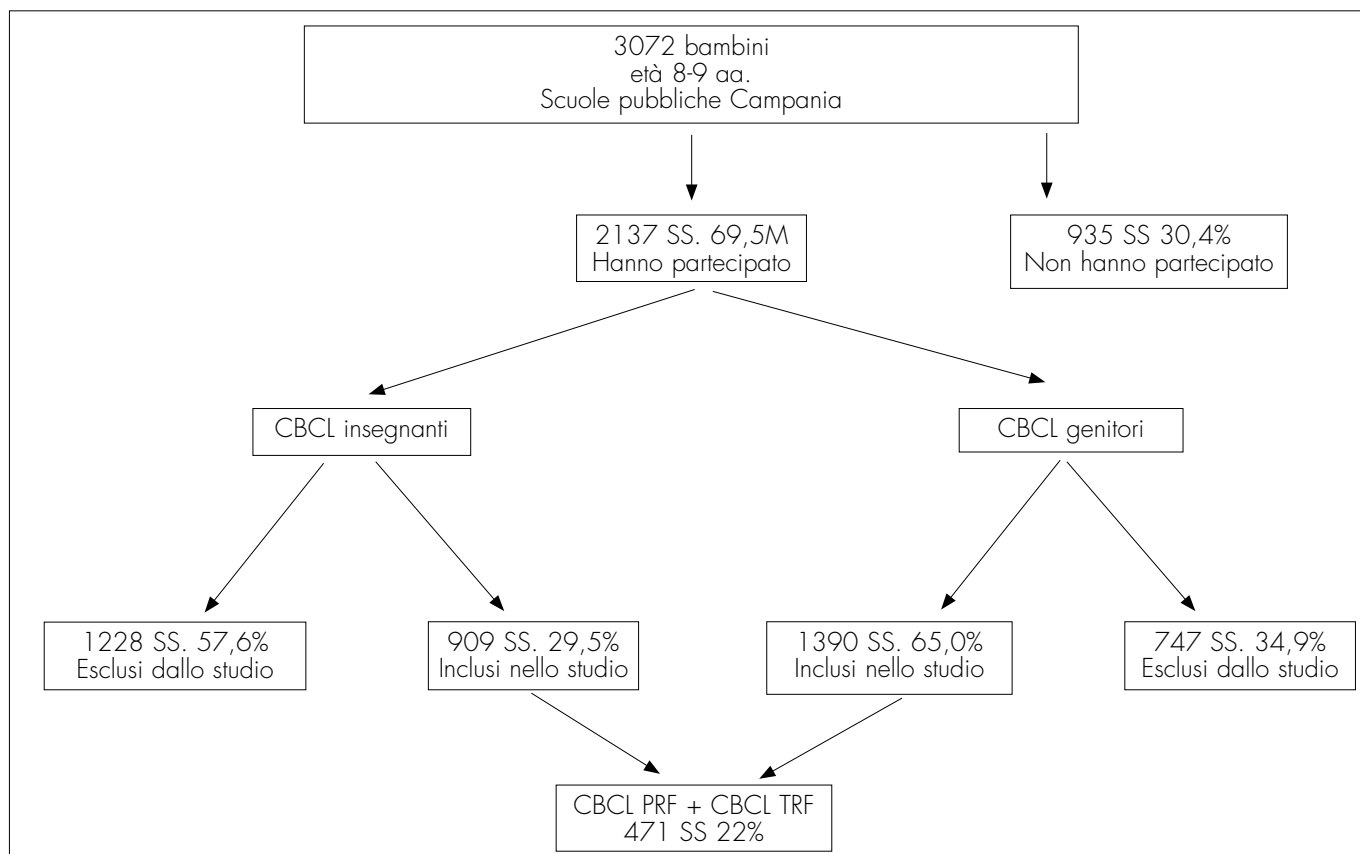


FIG. 1. Flow dei partecipanti allo studio.

valutazione. Le famiglie, i cui figli rientravano nella fascia clinica, sono stati invitate a recarsi presso l'ASL di appartenenza per una più approfondita valutazione diagnostica del bambino. I genitori i cui figli rientravano nella fascia borderline alla CBCL PRF sono stati invitati a collaborare alla seconda fase della ricerca.

Soggetti

I SS arruolati nello studio sono stati 3072 (Fig. 1, Tab. I). Le famiglie di 2137 SS (69,5%) hanno restituito le buste contenenti CBCL PRF e TF (circa 5,1% della popolazione arruolata). I dati concernenti 1228 SS non sono risultati utilizzabili per varie ragioni (questionari bianchi o non valutabili perché incompleti.). Nel complesso, SS per i quali è stato completato lo screening con CBCL PRF (CBCL compilata da almeno un genitore) ammontano a 909 SS. (469 maschi, 51,6%; 440 femmine, 48,4%), pari al 29,5% del campione. L'EM dei SS era 8,3 aa, DS \pm 0,88, età media (EM) maschi 8,0, EM femmine 8,6.

Elaborazione statistica

Ogni singolo questionario è stato correttamente valutato con l'ausilio del software ADM (Assessment Data Manager, versione 6.10 di T.M. Achenbach e L.A. Rescorla). Tutti i risultati sono stati poi successivamente inseriti in un database informatico, appositamente elaborato. Il database è stato creato con differenti fogli di lavoro considerando le diverse aree di cui si compone il questionario. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata dal Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva della Seconda Università di Napoli.

RISULTATI

Adesione allo studio

Le scuole che hanno aderito all'indagine sono state in media un terzo di quelle invitate a partecipare. L'adesione allo studio da parte dei genitori, intesa come numero di CBCL compilate da almeno un genitore, è pari al 29,5% del campione. Per quanto riguarda gli insegnanti (Tab. III), su 2137 questionari CBCL TF ne sono risultati valutabili 1390 pari al 65%. Di questi 471 riguardano bambini per i quali è disponibile la valutazione di almeno uno dei genitori.

BCL Parent Report Form (Tab. II)

Nella *Scala delle Competenze* circa 2/3 dei SS, complessivamente, ricadono in un'area di rischio: 24,3% fascia *borderline* e 47,3 fascia *clinici*. All'interno delle *Competenze* la subscale *Attività* ha valori *borderline* e *clinici* particolarmente elevati. I problemi di *Internalizzazione* riguardano l'8,0% *borderline* e il 10,5 % *clinici* (complessivamente, circa il 19% del campione), mentre i problemi di *Esternalizzazione* sono segnalati nel 3,8% *borderline* e nel 4,7% *clinici* (complessivamente, 8,5%). I punteggi totali (TP) alla *Scala dei Problemi*, riguardano il 5,2% *borderline* ed il 9,5% *clinici* (totale di 14,7% SS).

Analisi della concordanza

Prendendo in esame il grado di concordanza tra madre e padre nella valutazione del figlio si evidenzia una generale tendenza alla concordanza, con alcune eccezioni. In particolare, le lamentele somatiche sono colte maggiormente dalla madre (p value cond 0,00235). Passando alle differenze tra maschi

TAB. I. Distribuzione del numero di bambini per completezza di risposta dei GENITORI stratificata per area (n. %, rispetto al totale di area, e per ogni totale di area rispetto ai 909 SS).

Risponde	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Totale
Madre sì, padre no	155 (28,3%)	16 (59,3%)	148 (58%)	25 (31,6%)	344
Padre sì, madre no	33 (6,0%)	4 (14,8%)	14 (5,5%)	4 (5,1%)	55
Padre sì, madre sì	360 (65,7%)	7 (25,9%)	93 (36,5%)	50 (63,3%)	510
Totale	548 (60%)	27 (3,0%)	255 (28,1%)	79 (8,7%)	909

TAB. II. CBCL, PRF, 909SS. Risposte di madre e padri fusi.

	Totale			Maschi			Femmine		
	A%	B%	C%	A%	B%	C%	A%	B%	C%
Scala Competenze									
Totale competenze	28,4	24,3	47,3	24,9	26,4	48,6	31,6	22,3	46,0
Attività	44,9	34,2	20,9	49,9	25,5	24,6	40,4	42,1	17,5
Socializzazione	90,6	6,4	3,0	93,3	5,3	1,4	88,0	7,5	4,5
Scuola	97,7	1,8	0,5	97,2	1,9	0,9	98,3	1,7	0,0
Scala Problemi									
Ritiro	96,5	2,3	1,2	97,7	1,4	0,9	95,4	3,1	1,5
Lamentele somatiche	95,3	3,2	1,6	95,8	1,9	2,3	94,8	4,4	0,9
Ansia Depressione	94,0	3,3	2,7	95,6	2,8	1,6	92,6	3,7	3,7
Problemi sociali	92,1	5,5	2,4	93,3	3,5	3,3	91,0	7,4	1,5
Disturbi del pensiero	97,5	2,1	0,3	97,9	1,9	0,2	97,2	2,4	0,4
Disturbi dell'attenzione	94,0	3,5	2,5	94,9	3,0	2,1	93,2	3,9	2,8
Comportamento criminale	96,5	2,8	0,7	96,3	3,5	0,2	96,7	2,2	1,1
Comportamento aggressivo	96,2	2,6	1,2	96,7	2,3	0,9	95,6	2,8	1,5
Internalizzazione. problemi	81,5	8,0	10,5	86,0	6,0	7,9	77,3	9,8	12,9
Esternalizzazione. problemi	91,4	3,8	4,7	93,7	2,6	3,7	89,3	5,0	5,7
Totale problemi	85,4	5,2	9,5	86,7	6,0	7,2	84,1	4,4	11,6
T score: A. nella norma, B. borderline, C. clinico									

e femmine si conferma la maggior segnalazione da parte della madre di lamentele somatiche tanto nei maschi (p value unc 0,03458) che nelle femmine (p value cond 0,03906), in queste ultime le madri colgono in misura maggiore problemi di internalizzazione (p value cond 0,0044).

Studio delle correlazioni

A giudizio della madre le lamentele somatiche correlano inversamente con la socialità, mentre i dati forniti dal padre non indicano questa correlazione. I valori ottenuti alla socialità correlano inversamente con i problemi di internalizzazione ($p = 0,001$) ma non con quelli di esternalizzazione ($p = 0,096$). Inoltre, sempre in riferimento alla valutazione delle madri, i problemi di esternalizzazione ($p = 0,001$), il comportamento aggressivo

($p = 0,005$), i disturbi del pensiero ($p = 0,001$) e le lamentele somatiche ($p = 0,001$) correlano inversamente con le competenze scolastiche. Per i maschi. A giudizio della madre le attività sono correlate direttamente con le lamentele somatiche ($p = 0,047$) ed i problemi di internalizzazione ($p = 0,001$). Non ci sono correlazioni significative per le femmine.

CBCL Teacher's Report Form (Tab. IV)

Gli insegnanti hanno rilevato una percentuale di *Problemi Totali* pari al 4,3 di borderline e 4,4 di clinici per una totale di 8,7 alunni a rischio per problemi comportamentali o affettivi, senza una differenza significativa tra maschi e femmine. I problemi di *Internalizzazione* sono presente a giudizio dei docenti con il 4,9% di borderline ed il 8,4 di clinici per un totale di 13,3%,

TAB. III. Distribuzione del numero di bambini valutati da Insegnanti e genitori stratificata per sesso*.

Insegnanti sì	Femmine	Maschi	Totale
Madre sì, padre no	111 (50%)	102 (41,0%)	213 (45,2%)
Padre sì, madre no	15 (6,8%)	21 (8,4%)	36 (7,6%)
Padre sì, madre sì	96 (43,2%)	126 (50,6%)	222 (47,1%)
Totale			471

* % riferite al totale per genere; le % per i totali delle tipologie di risposta si riferiscono ai totali di SS 471.

TAB. IV. Insegnanti, CBCL, TRF. 1390 SS.

	Totale			Maschi			Femmine		
	A%	B%	C%	A%	B%	C%	A%	B%	C%
Somma degli items	81,5	9,9	8,6	75,3	14,3	10,4	86,6	6,4	7,1
Ansia depressione	94,6	3	2,4	96,8	1,9	1,3	92,8	3,8	3,3
Ritiro depressione	93,5	3,7	2,8	94,2	3,2	2,6	92,8	4,1	3,1
Lamentele somatiche	96	3,1	0,9	97,1	2,6	0,3	95,1	3,6	1,3
Problemi sociali	95	3,1	1,9	94,8	3,7	1,4	95,1	2,7	2,3
Disturbi del pensiero	98	0,9	1,1	98,7	1	0,3	97,3	0,9	1,7
Disturbi dell'attenzione	97,7	1,6	0,7	98,2	1	0,8	97,2	2,1	0,7
Comportamento oppositivo	95,1	3,5	1,5	95,8	3,2	1	94,4	3,7	1,9
Comportamento aggressivo	96,1	2,5	1,4	97,4	1,6	1	95	3,3	1,7
Performance accademiche	81,3	4,3	14,4	80,3	5,7	13,9	82,1	3,1	14,9
Internalizzazione problemi	86,7	4,9	8,4	88,9	5,6	5,5	84,9	4,2	10,9
Esternalizzazione problemi	90,4	4,1	5,5	91,1	3,9	5	89,8	4,2	6
Totale problemi	91,3	4,3	4,4	92,6	4	3,4	90,3	4,5	5,2
Problemi affettivi	95,3	3,1	1,6	95,5	3,4	1,1	95,1	2,9	2
Disturbi d'ansia	88,5	8,6	2,9	90,8	8,1	1,1	86,6	9	4,4
Problemi somatici	97,4	1,9	0,7	98,1	1,8	0,2	96,8	2	1,2
ADHD	97,2	2	0,8	98,2	1	0,8	96,4	2,8	0,8
Disturbo oppositivo provocatorio	97,1	1,8	1,1	97,6	1,4	1	96,7	2,1	1,2
Disturbi della condotta	96,7	1,6	1,7	97,9	0,8	1,3	95,8	2,3	2

con un significativo peso clinico delle femmine (clinici 5,5% nei maschi e 10,9% nelle femmine). I problemi di *Esternalizzazione* sono segnalati il per un totale di

9,8 di SS (4,3 borderline ed il 5,5 di clinici). Nelle performance accademiche gli insegnanti indicano il 14,3% borderline e 14,4% clinici.

L'analisi della concordanza delle risposte dei genitori con quelle degli insegnanti, relativa a 431 SS^b mostra una bassa concordanza e la maggiore tendenza dei genitori a segnalare cadute nelle competenze rispetto agli insegnanti ($p < 0,001$), nei problemi totali ($p = 0,006741$), nei problemi sociali nei disturbi dell'attenzione nelle lamentele somatiche, mentre nei problemi scolastici, nel ritiro e nei problemi di esternalizzazione, soprattutto nel comportamento aggressivo, sono maggiori le segnalazioni degli insegnanti. Per i maschi il ritiro viene segnalato allo stesso modo da genitori e insegnanti, per le femmine il ritiro viene segnalato più degli insegnanti. Per entrambi i problemi di attenzione sono segnalati più dai genitori che dagli insegnanti.

DISCUSSIONE

L'adesione allo studio da parte delle famiglie è stato inferiore alle aspettative, pari a circa il 30%. Una simile percentuale in un campione italiano è stata segnalata da Levi¹², mentre gli studi europei hanno riscontrato una adesione che va dal 50% al 70% dei soggetti.

Ipotizziamo che la bassa adesione allo studio e la incompleta compilazione della CBCL possano essere ricondotti a diversi fattori. In primo luogo, la scarsa conoscenza degli strumenti utilizzati, ricordiamo che il nostro studio è il primo di questo genere nelle regioni Campania. In secondo luogo, possono aver giocato sfavorevolmente il timore per eventuali diagnosi psichiatriche e la mancanza di fiducia verso le istituzioni. La diffidenza verso questo tipo di rilevamento e, più in generale, verso la richiesta di informazioni da parte di enti sanitari pubblici, è stata segnalata da altri Autori^{12 13}.

La maggiore risposta allo studio da parte delle madri rispetto ai padri è in accordo la tradizionale funzione materna di accudimento ai figli e di mediazione tra famiglia e scuola. Nondimeno, la collaborazione allo studio da parte di entrambi i genitori supera quella della sola madre, segnalando l'attitudine verso la condivisione dei problemi del figlio nella coppia genitoriale.

La migliore adesione degli insegnati potrebbe essere legata alla dimestichezza con strumenti di rilevamento del comportamento degli alunni ed anche ad aspettative circa la ricaduta in termini di diagnosi e prevenzione per gli allievi a rischio del progetto proposto.

Il dato più rilevante alla CBCL-PRF è l'elevato numero di SS clinici o borderline alla *Scala delle Competenze*, in pratica due terzi del campione. Questo dato ha un buon grado di concordanza tra madre e padre, senza significative differenze tra maschi e femmine. All'interno delle *Competenze* è molto più compromessa la subscale della *Socialità*.

Il risultato può essere influenzato dalla tipologia delle attività descritte nelle CBCL in riferimento ad uno o più dei seguenti fattori: a) una scarsa validità di questa scala per standard culturali italiani; b) carenza di strutture sportive o di aggregazione giovanile nel contesto campano; c) influenza negativa di dinamiche familiari disfunzionali in riferimento al tema dell'autonomia e dei legami extrafamiliari.

L'esame delle correlazioni tra *Scala delle Competenze* e altre scale mostra per le femmine che la socialità correla con i problemi di *Internalizzazione*, in altre parole nelle ragazze le difficoltà sociali e la condizione ansia-depressione vanno di pari passo. Per i figli maschi sono le difficoltà legate alle *Attività* ad essere correlate con i problemi di ansia-depressione.

I risultati stimano un rischio per Problemi Totali analogo a quello riscontrato da Frigerio et al.⁸ in Italia nella fascia preadolescenziale. La maggior presenza di problemi di *Internalizzazione* su quelli di *Esternalizzazione* è in accordo con il citato studio italiano.

La concordanza nelle risposte tra i genitori per i problemi comportamentali o emotivi è tendenzialmente alta. La maggiore sensibilità delle madri verso sintomi somatici e depressivi potrebbe essere dovuta al maggior tempo trascorso dalle madri con i figli, rispetto ai padri. Inoltre, la tipologia dei problemi segnalati investe l'area del corpo e delle emozioni che come è noto rappresentano due aspetti significativi della relazione primaria madre-bambino.

Le risposte dei docenti pongono in rilievo, più di quanto non facciano i genitori, i problemi scolastici, il

^b 431 SS dei 471 SS, a fronte del sottoinsieme ristretto di risposte in comune tra i due questionari.

ritiro ed i problemi di esternalizzazione, soprattutto nel comportamento aggressivo. Si tratta di problematiche probabilmente attivate dal gruppo di pari e/o rese più evidenti nel contesto scolastico, in cui il docente opera un confronto tra alunni di pari età in relazione tanto agli apprendimenti che ai comportamenti.

Per maschi e femmine la valutazione di problemi di attenzione è diversa tra genitori ed insegnanti. I problemi d'attenzione sono segnalati più dai genitori. Sarebbe interessante approfondire il senso di questo dato. Le difficoltà d'attenzione potrebbero sfuggire alla valutazione in un gruppo classe, oppure, il significato stesso del termine attenzione potrebbe essere diverso nell'accezione di un docente (riferito agli apprendimenti) e di un genitore (riferito a varie attività).

I dati ottenuti dalla nostra indagine devono essere interpretati con cautela a causa delle seguenti limitazioni. Il campione non è rappresentativo della popolazione campana di età compresa tra 8 e 9 anni in quanto numericamente limitato. La distribuzione territoriale delle scuole che hanno collaborato è disomogenea per prevalenza di aree urbane e di alcune province. Non è possibile comparare responders e non responders in termini di istruzione e stato sociale e composizione del nucleo familiare e quindi l'esatta composizione del campione. I dati ottenuti dallo screening con CBCL orientano circa il rischio, ma non stimano la prevalenza di disturbi psichici che richiede una fase ulteriore di diagnosi psichiatrica. In ragione di quanto esposto consideriamo i dati come orientativi del rischio psicopatologico in una popolazione campana di età compresa tra 8 e 9 anni e non generalizzabili alla intera popolazione regionale in quella fascia d'età.

CONCLUSIONI

La ridotta adesione alla ricerca impone una riflessione sul peso che vari fattori possono svolgere nell'ostacolare o rallentare indagini epidemiologiche e progetti di prevenzione nel campo della salute mentale infantile in Campania. In particolare, per quanto riguarda l'ambito scolastico segnaliamo: un'alta conflittualità genitori-insegnanti che ha interferito con l'adesione al progetto, la scarsa informazione circa l'utilità della individuazione precoce di soggetti con disagio psichico in età evolutiva e gli strumenti utilizzati, la carenza di normative regionali e nazionali che regolamentino le ricerche epidemiologiche nelle scuole.

La prevalenza di problemi comportamentali ed affettivi nei SS campani esaminati non si discosta da quella riferita in Italia per altre fasce d'età. Circa 1 bambino ogni 10 è a rischio psicopatologico, con particolare riguardo per problemi di ansia e depressione. Più elevato potrebbe essere il rischio di problemi nell'area della Competenze che riguardano la vita sociale e di relazione dei bambini, area in cui abbiamo riscontrato problemi in 4 bambini su 10. Questo dato merita ulteriori approfondimenti e va interpretato con cautela a causa della possibile inadeguatezza della CBCL per la Scala delle Competenze. Nondimeno, il risultato potrebbe segnalare una condizione di rischio in senso lato causata dall'intreccio tra fattori sociali e familiari sfavorevoli e sviluppo infantile nella nostra regione.

Sulla scorta di questa esperienza abbiamo allo studio la stesura di un ulteriore progetto di screening/prevenzione dei disturbi comportamentali ed emotivi in età evolutiva, che coinvolga anche i pediatri di base ed i medici di famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Ford T, Goodman R, Meltzer H. *The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1203-11.
- ² Goodman R, Gledhill J, Ford T. *Child psychiatric disorder and relative age within school year: cross sectional survey of large population sample.* BMJ 2003;327:472.
- ³ Frigerio A, Cattaneo C, Cataldo MG, et al. *Behavioural and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers.* Eur J Psychol Assess 2004;20:124-33.
- ⁴ Bilenberg N, Petersen DJ, Hoerder K, et al. *The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in Danish mainstream schools.* Acta Psychiatr Scand 2005;111:59-69.
- ⁵ Ravens-Sieber U, Kurt BM. *The mental Health module (BELLA study) within the German health interview and examination survey of children and adolescent (KiGGS): study design and methods.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2008;17(Suppl 1):10-21.
- ⁶ Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, et al. *Bella study group. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany:*

- results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(Suppl 1):22-33.
- ⁷ Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, et al. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(Suppl 1):34-41.
- ⁸ Frigerio A, Rucci P, Goodman R, et al. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PRISMA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:217-26.
- ⁹ Achenbach TM. *Manual for the child behavioral checklist/4-18 and 1999 profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry 1991.
- ¹⁰ Achenbach TM. *Child Behavioral Checklist/4-18, manuale*. Edizione italiana a cura di A. Frigerio. Milano: Ghedini Libraio 2001.
- ¹¹ Achenbach TM, Rescola LA. *Manual for the ASEBA School-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry 2001.
- ¹² Levi G, Penge R. *Un'esperienza italiana pilota nel campo della salute mentale*. In: Levi G, ed. *Una finestra sull'infanzia*. Roma: Borla 1999, pp. 9-17.
- ¹³ Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatry disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:727-34.

Corrispondenza: Antonella Gritti, Neuropsichiatria Infantile, Seconda Università di Napoli - Tel. +39 081 5666698 - Fax +39 081 5666694 - E-mail: antonella.gritti@unina2.it