

L'età invisibile

Una riflessione a partire da un'esperienza

Franco Mazzini

Pediatra di libera scelta e di comunità ASL, Cesena

Abstract

The invisible age. A consideration coming from an experience

Usually adolescents aged 11-14 are in good health. Nevertheless, due to the difficulties in knowing their different stories this age is considered "the invisible age". During a school activity in a Jr. High School of a city of the Emilia Romagna region, Italy, 8% of the pre adolescents apparently in good health revealed situations of great discomfort. Family paediatricians encountered the same situation in the 7.9% of their patients. If this percentage is added to the percentage of the adolescents at the same age in care in Neuropsychiatry services the percentage goes up to 13-15%. Paediatricians' role in considering these problems is discussed.

Quaderni acp 2010; 17(5): 215-219

Key words Pre adolescence. Prevention. Taking care. Network

I ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 14 anni stanno sostanzialmente bene, quanto a problemi di salute classicamente intesa. Questa età viene definita "età invisibile", in relazione alle difficoltà di far emergere le storie di questi ragazzi. Nelle scuole medie inferiori di una città della Emilia-Romagna un'attività di educazione alla salute, svolta con preadolescenti senza problemi apparenti, ha rivelato situazioni di disagio nell'8% dei casi. I pediatri di libera scelta riscontrano gli stessi problemi nel 7,9%. Sommando questa percentuale a quella dei ragazzi della stessa età seguiti dai servizi neuropsichiatrici si arriva a valori di sofferenza del 13-15%. Viene discusso il ruolo dei pediatri di fronte ai problemi emersi dalla indagine.

Parole chiave Preadolescenza. Prevenzione. Presa in carico. Rete

... C'è uno strato oscuro nel mio intimo che è soggiacente a ogni pensiero e che non mi è dato misurare con il metro dei pensieri; una vita che non si esprime con le parole, e che pure è la mia vita...

Robert Musil,
"I turbamenti del giovane Torless"

In una delle sessioni del recente Congresso ACP di Cesenatico si è discusso di "fattori protettivi, fattori di rischio e sensori del disagio nell'età 11-14 anni". Questo periodo di vita è stato definito come "età invisibile", per le difficoltà di far emergere le storie di questi preadolescenti, le loro situazioni di vita, le loro incertezze, i dubbi e i malesseri, la fatica di esprimersi e di "chiedere aiuto"; e anche le difficoltà degli operatori della salute che cercano di accogliere queste necessità. Ho partecipato a questa sessione perché lavoro da molti anni con gli adolescenti, prima sviluppando e coordinando progetti di educazione alla salute per le scuole e poi gestendo un ambulatorio di medicina dell'adolescente.

Questo articolo torna su queste esperienze avute nel doppio ruolo di pediatra di libera scelta e di comunità nell'ASL di Cesena (ER).

Sede, metodi di lavoro e qualche risultato

Il territorio

Il territorio aziendale, circa 200.000 abitanti, ha 6857 ragazzi nati nel periodo 1995-1998, quindi di 11-14 anni. Gli stranieri sono 741 (10,8%) [1].

Vi opera una struttura di Pediatria di Comunità (PC) che non ha funzioni di diagnosi e cura, ma realizza attività sanitarie territoriali, a carattere preventivo, rilievi epidemiologici, vaccinazioni, controlli igienico-sanitari nelle scuole, educazione sanitaria, dietetica di comunità. Nel campo assistenziale promuove collaborazioni e integrazioni con altri Dipartimenti aziendali. I dati che seguono riguardano l'età presa in esame nelle due aree della prevenzione e "presa in carico" nel percorso assistenziale di diagnosi e cura dalla rete di Pediatri di Libera

Scelta e dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

Area della prevenzione

– La PC, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, attiva una serie di iniziative di educazione sanitaria nelle scuole. I progetti dell'anno scolastico 2008-2009 nelle scuole medie inferiori, frequentate dai ragazzi della "età invisibile", hanno coinvolto 1325 studenti e 161 insegnanti [2]. Hanno affrontato numerosi argomenti: educazione nutrizionale, educazione stradale e sul fumo e alcol, prevenzione del bullismo, gestione delle abilità di vita per il proprio benessere (life skills). I programmi non prevedono l'intervento di "esperti" nelle classi, ma si fondano sulla formazione di gruppi di lavoro composti da insegnanti e operatori sanitari. L'équipe di operatori sanitari comprende il coordinatore dell'ufficio di educazione alla salute e, di volta in volta in base alle tematiche del progetto attivato, psicologi, pediatri di comunità, assistenti sanitarie (AS), medici igienisti ed esperti in quella specifica materia. Nei gruppi viene concordato il processo educativo, i materiali da adottare e le verifiche da eseguire. Gestiscono il progetto con i ragazzi i docenti. Il personale sanitario ha funzioni di supervisione e di coordinamento dell'intero percorso formativo degli insegnanti e, di conseguenza, degli alunni.

– Una seconda attività con i preadolescenti è denominata "Progetto self-help" [3-4]. Si tratta di un programma educativo per le classi terze medie che ha l'obiettivo di sostenere i ragazzi nella loro ricerca dello "stare bene" (benessere percepito) e nel contempo di accogliere situazioni di disagio o domande di aiuto, precedentemente non espresse. Il programma educativo è gestito dalle AS della PC e dagli insegnanti referenti, individuati dai dirigenti scolastici. Consiste di tre momenti, realizzati in tempi diversi e completati nell'arco di 3-4 settimane, con questo ordine:

Per corrispondenza:

Franco Mazzini

e-mail: fmazzini@ausl-cesena.emr.it

esperienze

TABELLA 1: DATI RELATIVI AL PROGETTO SELF-HELP NEL PERIODO 2001-2009

	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-7	2007-08	2008-09
n° operatori ASL impegnati	16	13	17	16	17	15	15	13
n° classi coinvolte	57	49	65	59	63	60	60	55
n° insegnanti impegnati	71	60	65	60	65	62	61	59
n° studenti coinvolti	1283	1058	1425	1279	1350	1297	1302	1160
Primi colloqui effettuati	1257	1034	1394	1220	1308	1252	1248	1139
Rifiuti al colloquio	25 (1,9%)	10 (0,96%)	31 (2,2%)	60 (4,7%)	42 (3,2%)	45 (3,4%)	54 (4,1%)	21 (1,81%)
Secondi colloqui	85 (6,7%)	77 (7,4%)	89 (6,4%)	78 (6,4%)	98 (7,4%)	79 (6,3%)	97 (7,8%)	94 (8,25%)
Invio al 2° livello	14 (1,1%)	33 (3,2%)	46 (3,3%)	44 (3,6%)	39 (3%)	18 (1,4%)	23 (1,8%)	11 (0,96%)

1. Presentazione del Progetto in classe da parte della AS in presenza dell'insegnante. Segue la compilazione anonima di un questionario con domande a risposta aperta su tempo libero, relazioni sociali (famiglia, scuola, amici), benessere e percezione del sé.
2. Colloquio individuale (consulenza-colloquio) del ragazzo con l'AS formata e poi aggiornata con incontri mensili. La formazione affronta le tecniche di counselling e i problemi adolescenziali e si completa con la discussione in gruppo dei problemi incontrati durante l'esperienza di lavoro. La consulenza-colloquio ha lo scopo di offrire all'adolescente un incontro con personale preparato, da cui poter essere accolto, ascoltato, informato a partire da interrogativi personali, portandolo a riflettere sull'importanza dei fattori protettivi e di rischio per il proprio stato di salute. Se è il caso, al ragazzo viene offerta la possibilità di una riflessione sulla situazione staturale-ponderale. Come si vedrà (tabella 1), diversi adolescenti utilizzano il self-help per esprimere situazioni di disagio e di sofferenza. Se si manifestano o si percepiscono domande di aiuto, queste vengono approfondite in secondi colloqui con le stesse AS che, se valutano la persistenza del problema, contattano la famiglia per un invio al PLS ed eventualmente all'ambulatorio di Medicina dell'adolescente o ad altri servizi del Consultorio Giovani.
3. Attività in piccoli gruppi basata sulla internalizzazione d'informazioni utili

alla tutela della propria salute: più profonda e stabile se avviene all'interno del gruppo di pari essa può favorire il cambiamento di atteggiamenti personali. I gruppi sono formati in modo casuale dall'insegnante e dagli operatori dell'ASL. A ogni gruppo è assegnata una scheda di lavoro che stimola i partecipanti a sviluppare riflessioni sul tema del benessere con cartelloni, simulazioni, giochi di ruolo, collage di immagini. I risultati dei gruppi vengono presentati e discussi con la classe riunita.

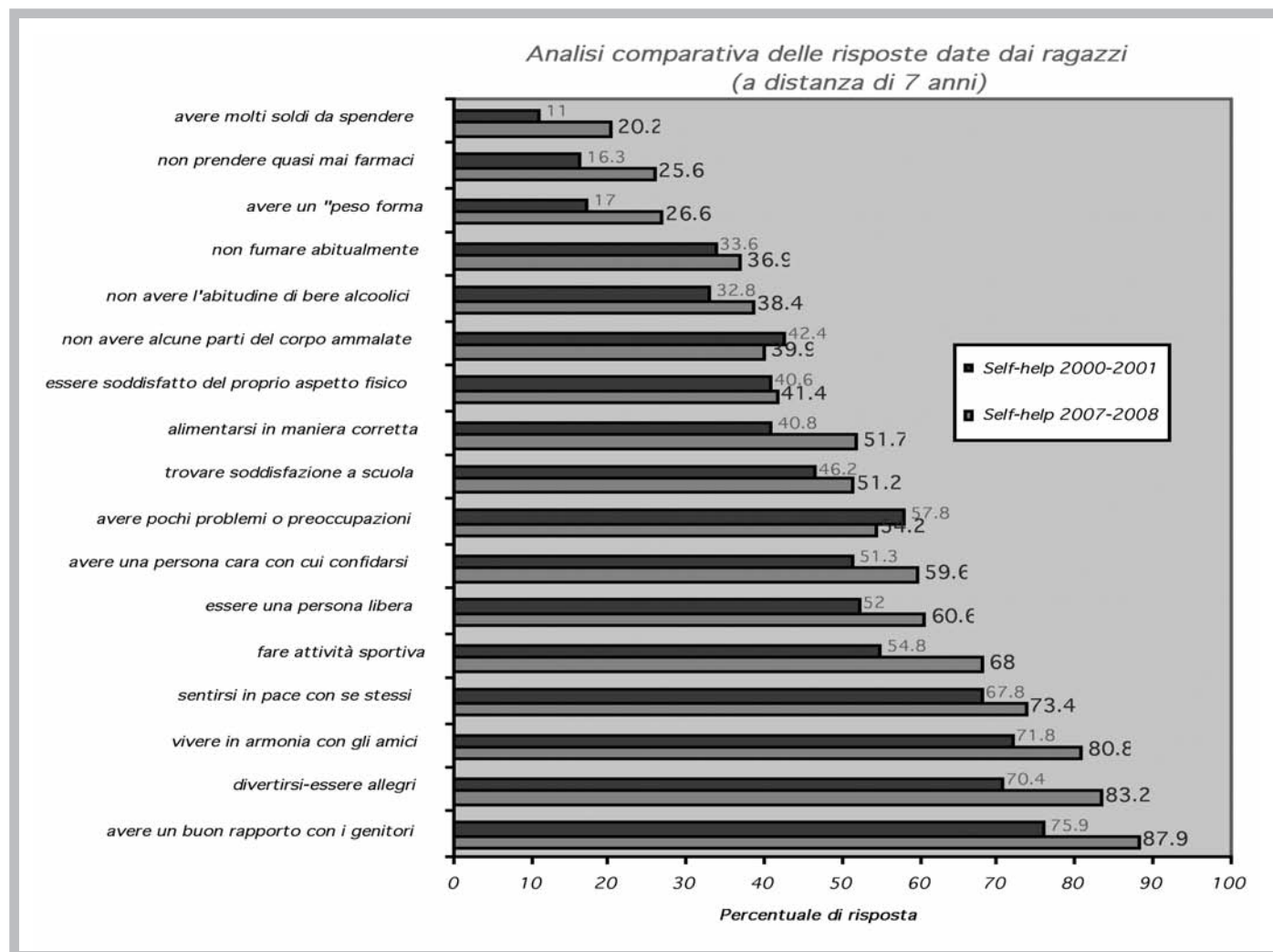
Il numero dei rifiuti al colloquio è trascurabile (tabella 1) e indica l'accoglienza positiva delle famiglie (informate preventivamente sul progetto) e della curiosità dei ragazzi di aderire al progetto. Nella stessa tabella 1 sono riportati i dati dell'attività svolta negli ultimi anni: 80-90 ragazzi per anno (7-8%) esprimono situazioni di malessere che inducono colloqui successivi e, in taluni casi, invii al secondo livello (ambulatorio di Medicina dell'adolescente, Consultorio Giovani o altri professionisti indicati dai PLS o dai medici generalisti a cui viene comunicato il problema emerso). Dalla tabella 1 emerge una graduale riduzione nel tempo dei casi inviati al secondo livello: da 3,6% a meno dell'1% negli ultimi 8 anni, probabilmente per una maggiore capacità degli operatori sanitari di accogliere e contenere le situazioni di malessere. I ragazzi presi in carico dal 2° livello presentano situazioni cliniche complesse come disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità, disa-

gio psico-sociale grave, che spesso comportano l'attivazione di équipe aziendali multiprofessionali (servizio di psicologia clinica dell'adolescente) o collaborazioni con altri professionisti (psicologo, NPI, assistente sociale).

L'attività del self-help da intervento puramente preventivo può sfociare quindi in un percorso clinico di diagnosi e cura. Per una visione più completa si tenga conto che un altro 4-5% di preadolescenti che partecipano al self-help è già seguito da servizi pubblici o privati. Per meglio comprendere il significato che i ragazzi attribuiscono allo "stare bene" sono stati analizzati alcuni dati desunti dal questionario compilato anonimamente nella prima fase del Progetto. Le risposte dell'anno scolastico 2007-2008 al quesito: "Cosa significa per te stare bene?", sono state confrontate con quelle dell'anno 2000-2001. Ogni ragazzo poteva esprimere una o più risposte all'interno di 14 item predefiniti e a 7 anni di distanza non sono state rilevate grandi differenze nella loro distribuzione (figura 1).

Stare bene è associato a un benessere relazionale e psicologico (avere un buon rapporto con i genitori, divertirsi-essere allegri, vivere in armonia con gli amici, sentirsi in pace con se stessi), mentre l'assunzione di farmaci, la disponibilità economica, o il non fumare o bere alcolici sono considerati di minore importanza. Un aumento significativo di alcune voci si nota per fare attività sportiva, alimentarsi in maniera corretta, avere un peso forma, a testimoniare la crescente attenzione all'apparire estetico e alla

FIGURA 1: RISPOSTE DATE DA TREDICENNI ALLA DOMANDA "COSA SIGNIFICA PER TE STARE BENE?"



forma fisica. Nelle risposte differenziate per genere i maschi sono meno selettivi e sembrano più preoccupati delle malattie e dell'aspetto atletico (non avere alcune parti del corpo ammalate, non prender quasi mai farmaci, fare attività sportiva, avere un peso forma). Le ragazze prevalgono leggermente in poche risposte: alimentarsi in maniera corretta, sentirsi in pace con se stessi, avere un buon rapporto con i genitori e avere una persona con cui confidarsi.

Area della presa in carico

Con "presa in carico" s'intende l'attività di diagnosi e cura, qualificata da un contratto terapeutico di affidamento e collaborazione tra curante, preadolescente e la sua famiglia svolto dai PLS e dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

I pediatri per i preadolescenti

Attualmente 31 PLS assistono 3286 preadolescenti, pari all'82,1% della popolazione target.

A seconda delle età questa è la distribuzione di copertura (2008):

- 10-11 anni: 1611, 93%
- 11-12 anni: 1513, 88,8%
- 12-13 anni: 1459, 86,1%
- 13-14 anni: 984, 60,7%
- dopo 14 anni: 52, 5,2%.

Solo 52 quattordicenni hanno avuto la possibilità di rimanere in carico al PLS, per il diritto di ampliare l'assistenza per i casi di malattia cronica o di disagio psicosociale per due anni oltre l'età di pertinenza pediatrica. Per valutare l'attività per gli 11-14enni otto PLS, scelti a caso,

hanno compilato una scheda in cui hanno riportato il numero di visite effettuate nel 2008, differenziando gli accessi per patologia da quelli per bilanci di salute che nell'età studiata sono due: a 11 anni, associato alla proposta del vaccino anti-HPV nelle ragazze, e a 13 anni e mezzo, associato alla vaccinazione di richiamo dell'MPR, DTP e antimeningococco C [5-6]. I dati riportati in *tabella 2* evidenziano il numero di prestazioni erogate (3 visite/ ragazzo in un anno). Prevalgono le visite per patologia (76%) sui controlli di salute. Entrambe le schede del bilancio prevedono item prettamente "fisici" (antropometrici ed esame obiettivo) e di tipo psico-relazionale. La scheda rivolta ai ragazzi di 13 anni e mezzo di cui l'85,2% vive con i genitori, da poco ridefinita, ha consentito la valutazione di

alcuni dati: il 6,1% di preadolescenti ha un BMI > 97° percentile (Cole); il 7,9% ha sintomi con impronta psicosomatica; il 3,4% segue una dieta “particolare”; il 37,4% effettua attività sportiva regolare: 3 giorni alla settimana.

Altro dato di qualche interesse è l'accesso presso i Pronto Soccorso del territorio aziendale. Se ne conferma un notevole utilizzo focalizzato fortemente su patologia di natura traumatica. Un preadolescente su tre si è recato in PS nell'anno 2008, senza variazioni nelle varie età:

- 10-11 anni: 635
36,6% della fascia 11-14 anni
- 11-12 anni: 661
38,8% della fascia 11-14 anni
- 12-13 anni: 674
39,8% della fascia 11-14 anni
- 13-14 anni: 660
38,3% della fascia 11-14 anni

I neuropsichiatri infantili per i preadolescenti

La NPI nel corso dell'anno 2008 ha seguito 1908 pazienti da 0 a 18 anni, di cui 367 preadolescenti (57% maschi e 43% femmine), rappresentanti il 5,4% della popolazione target totale e il 19,2% degli utenti del Servizio [7]. Queste le classificazioni diagnostiche: disturbi psichici e comportamentali (358); malattia cronica persistente – SNC, genetiche, sindromi autistiche, ipoacusie, deficit visivi – (94). I 358 casi di disturbi psichici e comportamentali riguardano più dettagliatamente: disturbi specifici dell'apprendimento – linguaggio (199, 65% maschi); disturbi internalizzati (ansia, depressione, disturbi psicosomatici (119, 62% maschi); disturbi esternalizzati (40, 80% maschi). Rispetto ai dati di letteratura si rileva la prevalenza dei maschi nell'ambito dei disturbi internalizzati. I principali stressors psicosociali sono riportati in *tabella 3*. È evidente la netta prevalenza di problematiche intrafamiliari: le difficoltà nelle relazioni genitoriali e di coppia sono presenti in più del 40% delle famiglie dei preadolescenti seguiti dal Servizio.

Discussione

Può apparire strano definire “età invisibile” il periodo di vita tra gli 11 e i 14 anni. Il desiderio di apparire e la chiassosità di questi ragazzi risultano evidenti e, talvolta, fastidiosi. Ma dietro ai rumori di

TABELLA 2: ATTIVITÀ CLINICA DI 8 PLS OPERANTI NEL TERRITORIO DELL'ASL (2008)

N° assistiti nella fascia 11-14 anni	1893
N° di visite effettuate	5697 (3,05 visite/anno per ragazzo)
N° visite per patologia (malattie, esami ecc.)	4344 (76,2%)
N° visite per bilanci di salute (11 aa. e 13 aa. e 1/2)	1267 (22,3%)
Altro (attività amministrative/burocratiche)	86 (1,5%)

TABELLA 3: PRINCIPALI STRESSORS PSICOSOCIALI REGISTRATI SUGLI UTENTI DELLA NPI NELL'ANNO 2008

Difficoltà nelle relazioni genitoriali e di coppia	155 (42,3%)
Famiglia monoparentale	80 (21,8%)
Disabilità di un genitore	41 (11,1%)
Life stress events	22 (6%)
Discriminazione/emarginazione	20 (5,5%)

persone che crescono, che si rincorrono e si spingono, dietro ai suoni di cellulari sempre attivi, ai dialoghi virtuali per ore su messenger e facebook sembra di poter leggere un'insicurezza latente e la necessità di conferme sul proprio esistere e sull'essere importanti per qualcuno.

Quanto alla patologia classica, considerando la scarsa frequenza con cui si ammalano i ragazzi, se si escludono gli accessi al PS e le patologie croniche, si può ragionevolmente confermare che si tratta di una fascia d'età di sostanziale benessere fisico, ma con altri problemi sui quali vale la pena trattarsi.

Sembra di potere dire che per questi ragazzi si sta lavorando molto nei diversi settori assistenziali sia della prevenzione che della presa in carico. I dati esposti in questo articolo confermano che il 13% dei ragazzi esprime attraverso il self-help e la frequentazione della NPI uno stato di malessere e sofferenza. I dati di letteratura lo confermano [8-9].

– Il progetto PrISMA, una ricerca multicentrica con lo scopo di descrivere la prevalenza dei disturbi mentali in età preadolescenziale (10-14 anni), ha coinvolto 7 centri italiani (ASL, università, ISS, IRCCS) [8]. Nella fase di screening è stato studiato un campione di 3437 ragazzi cui sono stati somministrati test specifici e interviste semistrutturate [8]. Sono stati individuati disagi di natura psicologica, e quindi condizioni di rischio potenziale. Un sottogruppo di 648 ragazzi è stato valutato clinicamente ed è

stata diagnosticata una patologia psichica in 311 ragazzi (9,1% del campione). Con i criteri del DSM IV ogni 1000 preadolescenti ci sono circa 90 ragazzi con patologia psichica: oltre il 7% della popolazione preadolescenziale soffre di disturbi di ansia, meno dell'1% soffre di depressione, meno del 2% soffre di ADHD, l'1% manifesta disturbi della condotta.

– Il Rapporto 2002 sulla Salute del bambino in Italia riporta uno studio dalla regione Lazio su 161.653 adolescenti con età inferiore ai 18 anni: circa il 16% di adolescenti manifesta problemi inerenti alla salute mentale (grave disturbo psicosociale: 8%; disturbi psicopatologici e/o neuropsicologici: 6,7/7,2%; disabilità persistenti: 1,6/2%) [9].

– I dati ISTAT 2004 stimano che nel 12% della popolazione 15-24 anni ci siano malattie croniche (asma e allergie gravi, celiachia e MICI, tumori, paralisi cerebrale infantile, disturbi neuropsicologici e neuropsichiatrici, patologie croniche complesse) [10-11].

I dati della letteratura e i nostri, al di là di variazioni tutto sommato modeste, sono dunque concordanti e suggeriscono una grande attenzione per questa fascia di età che nella realtà manca. I nostri dati riportano infatti che solo il 5,2% dei ragazzi oltre i 14 anni rimane in carico al PLS e quindi subisce un cambio assistenziale di per sé dannoso, al quale si può aggiungere che difficilmente il ragazzo troverà in seguito l'attenzione che merita. La situa-

zione potrebbe aggravarsi nei prossimi anni, poiché la diminuzione del numero dei pediatri potrebbe consentire quasi solo l'assistenza del PLS alla fascia 0-6 anni. Il ruolo di un pediatra attento a queste situazioni di svantaggio sociale e cronicità potrebbe essere significativo, sempre che gli siano assicurate una stretta collaborazione e una integrazione con le competenze di altri colleghi e di altre strutture che nelle ASL si occupano di questi problemi, e ovviamente sempre che il pediatra sia disponibile a cogliere queste opportunità familiarizzandosi con strumenti che consentono di non scotomizzare gli spazi psicorelazionali. Alcune esperienze sono state fatte nella nostra area: il test EPDS somministrato alle madri per la depressione post-partum durante il bilancio di salute dei 2 mesi di vita del bambino, la CHAT list per i problemi autistici a 2 anni, l' Elm Test per i disturbi del linguaggio a 3 anni. Vista l'esperienza già fatta, si potrebbero identificare per il periodo adolescenziale, al di là della nostra grossolana esperienza con i questionari del self-help, strumenti per la valutazione del benessere psicofisico e attrezzarsi maggiormente nelle conoscenze e nelle tecniche del counselling ambulatoriale. Il coinvolgimento dei pazienti nel colloquio già dai primi anni di vita potrebbe consentire un dialogo anche negli anni successivi, predisponendo il terreno per momenti di colloquio individuale, anche senza la partecipazione dei genitori. Una rete di collaborazione con altri professionisti, ospedalieri, di comunità, neuropsichiatri infantili e dei servizi sociali, è comunque essenziale per rendere più efficiente la gestione di preadolescenti con malattia o disagio.

Potranno le Unità Pediatriche di Cure Primarie (UPCP) contribuire a una maggiore efficienza in tale ambito [12]? Nel nostro territorio da qualche mese è stata attivata una UPCP come struttura tecnico-funzionale del Dipartimento di Cure primarie. Comprende tutto il personale della PLS e della Pediatria di Comunità (medici e comparto infermieristico) e do-

vrebbe rappresentare il punto di riferimento, nel Distretto, per i problemi di assistenza in area pediatrica: epidemiologia e valutazione dei bisogni; programmazione dell'assistenza, governo della domanda e valutazione della qualità dell'assistenza; coordinamento dell'assistenza pediatrica distrettuale; formazione e aggiornamento.

La strategia di lavoro comprende ora commissioni multiprofessionali (PLS, PdC, infermiere) che esaminano i problemi prioritari nell'assistenza pediatrica territoriale. Un gruppo di lavoro insieme agli operatori del Servizio Sociale e della NPI cerca di definire percorsi assistenziali condivisi, momenti di formazione comuni, e di strutturare una rete di collaborazione che preveda incontri periodici per la gestione dei casi multiproblematici e complessi: malattie croniche, disagio psicosociale, sospetto abuso o maltrattamento, malattia psichica ecc. La sfida è ribadire il ruolo culturale di tutela della salute individuale nella complessità della comunità di appartenenza.

Certamente dovrà essere affrontato anche il ruolo assistenziale della UPCP nei riguardi dei teenagers che un recente lavoro di M. Tucci definisce "Youtube generation" e che, stimolati da proposte mediatiche molteplici e confondenti, sembrano chiedere (*figura 1*) relazioni importanti, di accoglienza e armonia in famiglia, e cercano di realizzare una salute e un equilibrio psicologico da condividere con gli adulti significativi che li circondano [13].

Conclusioni

Anche se i ragazzi possono apparire invisibili e irraggiungibili, non può sfuggire la loro ricerca di benessere e considerazione sociale. I pediatri possono avere strumenti che consentono di fare emergere le domande di salute, di confermare il loro cammino di ricerca dello star bene, di accompagnarli ad attraversare i momenti di difficoltà o di disagio e di aiutare loro e le famiglie ad affrontare gli stati di malessere che stanno vivendo. Sono ragazzi e famiglie che i pediatri

conoscono dalla nascita: da quel momento è partito un legame importante per la crescita biologica e psico-relazionale che può aiutare a cogliere precocemente le situazioni di malessere o le richieste di aiuto che, in modo spesso non chiaro, questi adolescenti e le loro famiglie rivolgono.

Si ringraziano i PLS, i PdC, i NPI e le AS che hanno fornito i dati per la costruzione di questo articolo: Roberto Barone, Clara Faedi, Massimo Farneti, Franca Foschi, Agnese Girotti, Luigi Gualtieri, Elide Lucchi, Fosca Marrone, Mauro Palazzi, Barbara Poggioli, Roberto Ponti, Miro Trebbi, Silvia Valentini, tutte le AS impegnate nel self-help. ♦

Bibliografia

- [1] Palazzi M. Profilo di Comunità. I comuni del territorio cesenate. Marzo 2008. Materiale interno ASL Cesena. Disponibile a richiesta.
- [2] Farneti M. Tutela e promozione della salute materno-infantile. Relazione 2008. Materiale interno ASL Cesena. Disponibile a richiesta.
- [3] Mazzini F, Rossi O. Self-help project: an educational program to support adolescent wellbeing. Ital J Pediatr 2003;29:22-4.
- [4] De Luca G. La pediatria di famiglia, la scuola e i media. Rivista italiana di medicina dell'adolescenza 2007;5:11-4.
- [5] Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. (esecutivo in data 15 dicembre 2005) in attuazione dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta. Anno 2009.
- [6] Accordo locale fra Azienda USL di Cesena e Pediatri di libera scelta. Anno 2006. Materiale interno ASL Cesena. Disponibile a richiesta.
- [7] Gualtieri L. Report 2008. U.O. Neuro-psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Materiale interno ASL Cesena. Disponibile a richiesta.
- [8] Frigerio A, et al. The Italian Preadolescent Mental Health Project (PrISMA): Rationale and Methods. Intern J Methods Psychiatr Res 2006;15:22-35.
- [9] Macaluso A, Pivetta S, Ronfani L, Tamburlini G. Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia. Quaderni acp 2003;10:16-20.
- [10] ISTAT. 14° censimento popolazione e abitazioni. 2004. <http://istat.it/Popolazioni/index.htm>.
- [11] Bertelloni S, Maggese G. Novità in Medicina dell'adolescenza. Prospettive in Pediatria 2005;35:105-14.
- [12] La Unità Pediatrica di Cure Primarie a Cesena. Anno 2009. Materiale interno ASL Cesena. Disponibile a richiesta.
- [13] Tucci M. "Youtube" generation. Rivista italiana di medicina dell'adolescenza 2009;7:18-24.