

La gravidanza nell'adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura

Antonella Liverani¹, Licia Massa², Teresa Ilaria Ercolanese³, Maria Teresa Amante⁴, Enrico Valletta³

1. Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; 2. Consultorio Familiare Salute Donna-Spazio Giovani - Spazio Donne Immigrate; 3. Dipartimento Materno-Infantile, AUSL della Romagna, Forlì; 4. Servizio Sociale, Area Tutela Minori, Comune di Forlì

Through some difficult stories of young pregnant women accompanied during their pregnancy up to the admission in the hospital and their return in community we describe an integrated approach of care of health and social services with the aim to find positive solutions and strategies for very complex personal and family situations.

Attraverso le difficili storie di alcune giovani donne che sono state accompagnate nel loro percorso di gravidanza dal Consultorio fino al parto in ospedale e poi al reinserimento nella comunità, descriviamo una modalità integrata di presa in carico socio-sanitaria che cerca di trovare risposta e soluzione progettuale a situazioni personali e familiari talora altamente problematiche.

Confrontarsi con il tema della gravidanza e della maternità in adolescenza è compito di grande complessità. Così come è complicato per l'adolescente porsi in una prospettiva di maternità "precoce" rispetto ai tempi fisiologici, eppure così individualmente variabili, della propria maturazione fisica e personologica.

La letteratura su questo argomento è vasta e proviene da aree diverse delle scienze mediche e umane, a testimoniare la molteplicità delle problematiche che sono sollecitate ed emergono di fronte a un evento di questa natura. Esse riguardano la giovane donna, ma non possono non considerare il versante paterno (caratterizzato spesso da altrettanto giovane età) e successivamente il benessere fisico e mentale del neonato-bambino. Nel quotidiano è necessario affrontare le molte facce del problema, facendole convergere in un agire coordinato che coinvolge le risorse e i servizi che la comunità è in grado di attivare. È su questo aspetto organizzativo che ci proponiamo di riflettere muovendo da alcune nostre recenti esperienze.

Come sempre, prima vengono i numeri ...

In Italia, il dato epidemiologico delle gravidanze in adolescenti è desumibile dai dati ISTAT e da un recente rapporto UNICEF^{1,2}. Nel 2012 le nascite da madri minorenni (<18 anni) sono state lo 0,4% (2142) del totale delle nascite (534.186), dato che sale all'1,64% se consideriamo

le madri di età inferiore ai 20 anni. Negli ultimi 15 anni la percentuale delle madri adolescenti si mantiene relativamente stabile, con una lieve tendenza alla diminuzione (figura 1). La frequenza di neonati da madri minorenni o di età inferiore a 20 anni è maggiore nell'Italia meridionale e insulare (figura 2). Infine, la frequenza delle nascite da giovani madri è maggiore nella popolazione straniera rispetto a quella autoctona italiana (<18 anni: 0,48% vs 0,39%; <20 anni: 3% vs 1,43%), a sottolineare l'influenza che hanno le variabili culturali e sociali nel determinare le dimensioni del fenomeno. Naturalmente, il numero delle adolescenti che concepiscono è ben più elevato (circa il doppio), per il verificarsi dell'interruzione spontanea o volontaria della gravidanza. Il tasso nazionale di abortività nelle minorenni negli anni 2000-2012 è infatti pari a 0,41-0,5%³. In provincia di Trento, negli anni 2001-2005, il 57,4% dei concepimenti delle adolescenti è terminato con una interruzione volontaria di gravidanza (IVG)⁴.

... e dopo i numeri, le storie

Giada

Giada ha 17 anni, è di origine Rom e dal 2012 è stata affidata dal Tribunale ai servizi sociali di un comune limitrofo. È transitata in una comunità per minori ed è poi rientrata nel proprio nucleo di appartenenza. L'ambiente familiare è problematico, Giada e i fratelli conducono uno stile

di vita a rischio, fanno uso di alcol, non rispettano la frequenza scolastica e hanno comportamenti delinquenti. Giada si sposta a Forlì e inizia una relazione con un ragazzo conosciuto in comunità. Lui, appena maggiorenne, è agli arresti domiciliari presso la casa della madre. Nell'agosto 2013, all'inizio della gravidanza, Giada prende contatto con il Consultorio Giovani e viene subito segnalata all'attenzione dell'Equipe Multidisciplinare (EMD) del Percorso Nascita (PN). Attorno a Giada si raccolgono diversi servizi: i due servizi sociali interessati (quello referente per territorio di provenienza e quello dell'Area Minori di Forlì), il Consultorio, l'ambulatorio per le gravidanze a rischio (GAR) dell'Ostetricia, la Pediatria-Neonatologia con funzione di protezione del neonato e di sostegno alle figure genitoriali, la Pediatria di comunità e il Centro Famiglie per facilitare un'osservazione longitudinale. La psicologa del PN coordina l'EMD e si occupa del sostegno psicologico alla coppia genitoriale. Il parto (al quale assiste anche il compagno) avviene per via naturale e la ragazza mostra buona capacità collaborativa, affidandosi alle indicazioni delle ostetriche che l'hanno seguita. La successiva progettualità per il nuovo nucleo familiare si sviluppa con la supervisione del Tribunale dei Minori e con la collaborazione del legale di fiducia della coppia. Considerando entrambi i contesti familiari di appartenenza non idonei a occuparsi dei genitori e del bambino, si affida la coppia madre-bambino a una Comunità protetta garantendo regolari visite da parte del padre. Per alcune necessità economiche relative al bambino è coinvolto il Centro di Aiuto alla Vita.

Eleonora

Eleonora ha 13 anni e, abbandonata fin da piccola dalla madre, è stata affidata dai servizi sociali alla nonna e a uno zio. Alla 14° settimana di gravidanza ha il primo accesso al Consultorio Giovani. Considerata l'età della ragazza, si valuta insieme al neuropsichiatra infantile la

figura 1

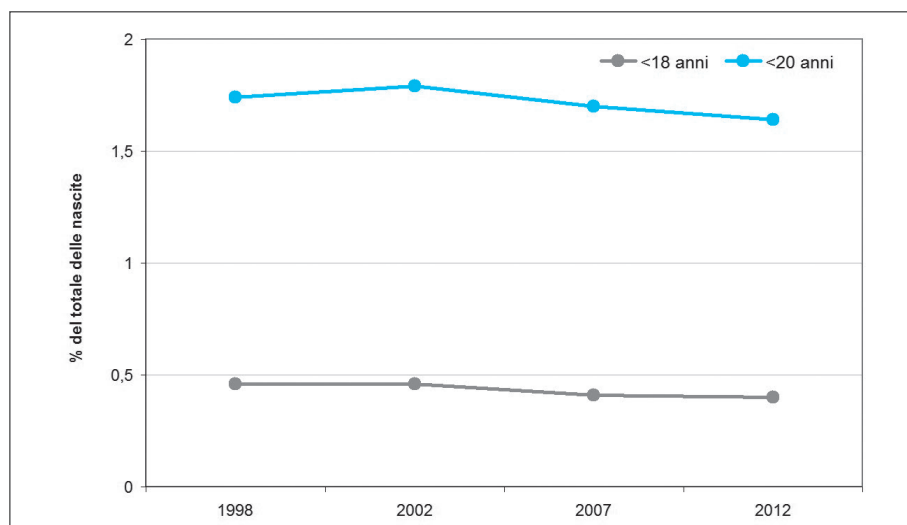
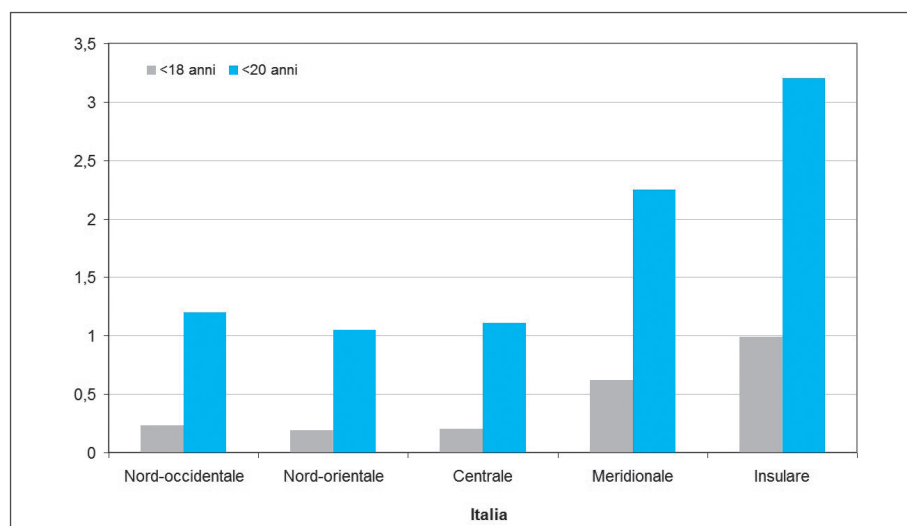
Neonati da madri di età inferiore a 18 e a 20 anni in Italia negli anni 1998-2012¹

figura 2

Nati da madri di età inferiore a 18 e a 20 anni nel 2012 nelle diverse macroregioni italiane¹

possibilità di una IVG oltre il terzo mese di gestazione. Il quadro di marcata vulnerabilità psichica emerso induce il Giudice Tutelare a escludere questa possibilità e ad autorizzare l'inserimento della ragazza in una Struttura protetta. Il futuro padre ha un contesto familiare più solido, ma impreparato all'evento e in ogni caso la sua giovane età (15 anni) non gli consentirebbe di riconoscere il bambino. Eleonora, che già presentava evidenti tratti di immaturità, con la gravidanza manifesta segni di regressione e un atteggiamento confuso e fatuo. In EMD si organizza l'intervento di due assistenti sociali (una per Eleonora e una per il compagno) e di due psicologhe (una per ciascuno dei genitori) dei servizi territoriali. Eleonora viene affidata a un'educatrice/tutor che ne cura

l'inserimento in Struttura protetta affiancandola e aiutandola a familiarizzare con l'idea della gravidanza. L'aiuta, inoltre, nel gestire gli appuntamenti per le visite e nella preparazione di uno spazio dedicato al bambino, nel sostenere l'impegno scolastico, la cura personale e della propria stanza. Gli incontri con il compagno, che ha mantenuto la permanenza in famiglia, sono settimanali e vigilati da un operatore. Inserita precocemente nell'ambulatorio GAR, Eleonora è accompagnata in prossimità e durante il parto (per via naturale) dall'educatrice/tutor e dalla psicologa del PN. Un'educatrice della Comunità le è stata vicina durante tutto il ricovero e le ostetriche si sono fatte carico, dopo la dimissione, di visite domiciliari presso la Struttura protetta.

Irene

La ragazza, 19 anni, arriva in Ostetricia già in fase di travaglio di gravidanza a termine, senza avere mai effettuato alcun monitoraggio. Irene è iscritta all'Università con una borsa di studio e alloggia presso uno studentato. Dalla narrazione emergono recenti eventi traumatici e luttuosi che hanno colpito la sua famiglia sottoponendola a gravi sforzi nel tentativo di recuperare una nuova condizione di stabilità. La gravidanza è frutto di un incontro occasionale che non vede il coinvolgimento attivo di una paternità. Per non arrecare ulteriori preoccupazioni alla famiglia, Irene ha deciso di non volerla informare della gravidanza e non intende ricevere visite durante la degenza, se non di una compagna di Università. Dalle prime valutazioni si coglie una forma di chiusura con una marcata modalità difensiva e di negazione rispetto alla gravidanza che ha gestito in solitudine, non percependo i movimenti fetali e mascherando il cambiamento fisico dietro abiti ampi. La ragazza è consapevole di questo atteggiamento difensivo che l'ha portata intenzionalmente a evitare qualunque occasione di confronto con la gravidanza. L'essere studentessa, disoccupata, senza un compagno e appartenente a una famiglia che stima ma da cui non può dipendere, l'ha indotta a proteggersi dall'angoscia di investire affettivamente sul bambino. C'è la convinzione di non riuscire ad affrontare la dimensione della maternità nella sua complessità e si manifesta il chiaro orientamento verso un abbandono alla nascita. È una scelta maturata consapevolmente, escludendo una IVG e optando, invece, per fare nascere il bambino e lasciargli la possibilità di una condizione migliore. La chiarezza dei suoi sentimenti le consentirà di mantenere obiettività e coerenza e di salutare il bambino, tenendolo tra le braccia qualche minuto, prima di lasciare l'Ospedale. L'accoglienza durante la degenza è stata gestita dalla psicologa del PN che ha poi coinvolto il Servizio sociale (area affido-adozioni) per formalizzare l'abbandono alla nascita. Il Consultorio Giovani ha poi garantito la continuità di un sostegno psicologico per Irene.

Il rischio di gravidanza e la gravidanza come rischio

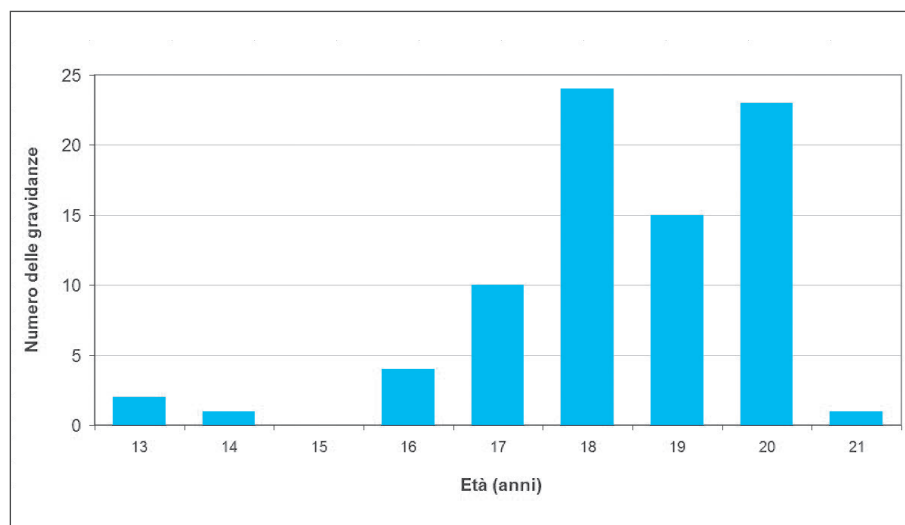
Nelle storie che abbiamo descritto sono rinvenibili alcuni dei più comuni contesti personali e sociali che pongono l'adolescente ad elevato rischio di avviare una

gravidanza. Gravidanza che spesso non è cercata né voluta ma che, anche quando lo fosse, manterrebbe non di meno elementi di elevata problematicità. Un primo fattore di rischio va ricercato nelle dinamiche psichiche dell'adolescente che si sviluppano all'interno di un contesto familiare e sociale fragile e svantaggiato. Considerando la dinamica di individuazione-separazione dell'adolescente rispetto alle figure genitoriali, verifichiamo come possano realizzarsi condotte tendenzialmente trasgressive. Se, all'interno di questo processo, la maternità può essere intesa come tentativo di individuazione nei confronti dei propri genitori (soprattutto nei confronti della figura materna), di fatto può assumere il significato di una fuga in avanti che, nell'intento di sottrarsi alle dinamiche complesse della crescita, paradossalmente riporta l'adolescente all'interno di una difficile dipendenza dalle figure genitoriali stesse. Famiglie poco presenti, con scarsa capacità comunicativa e supportiva, faticano a fornire un valido orientamento per i figli rispetto alla loro progettualità futura. Tali condizioni hanno profonde ricadute sul processo di crescita adolescenziale e possono determinare insuccesso scolastico, problemi comportamentali, condotte delinquenti, abuso di alcol e di sostanze, rapporti precoci con l'altro sesso che colmano vuoti affettivi e concretizzano la possibilità di un concepimento indesiderato. Il basso livello economico e di scolarità, l'esclusione sociale e un'attitudine culturale favorevole alle unioni in giovane età incrementano ulteriormente il rischio⁵. Si discute molto in letteratura se l'età adolescenziale abbia in sé elementi che rappresentino un rischio per il corretto proseguimento di una gravidanza. Emerge una minore regolarità nell'accesso alle visite, ai controlli ecografici e ai corsi di accompagnamento al parto e una maggiore attitudine al fumo in gravidanza coerente con un atteggiamento personale poco *health oriented*⁴.

È stata ripetutamente segnalata una maggiore frequenza di complicanze ostetriche, parto prematuro, basso peso alla nascita e depressione *post-partum*^{6,7}. Tuttavia sono dati originati spesso in contesti svantaggiati dal punto di vista socio-economico e sanitario; è verosimile che in Paesi con strutture sanitarie più avanzate gran parte di questi fattori di rischio possono essere fronteggiati efficacemente e annullati⁸. Resta importante invece l'attenzione al destino della donna e del suo bambino nei mesi/anni successivi al parto: le giovani

figura 3

Gravidanze in adolescenti seguite presso il Consultorio del Distretto di Forlì negli anni 2011-2013



mamme sono a elevato rischio di interruzione del percorso scolastico (con minori possibilità d'impiego e di indipendenza economica), di relazioni instabili con il proprio partner e con la famiglia di origine e anche la relazione primaria con il neonato risulta essere più povera, con una minore comunicazione verbale e una scarsa accoglienza emotiva rispetto alle madri in età adulta^{9,10}.

Il perché e il come di una presa in carico socio-sanitaria

Nel nostro Distretto, nel triennio 2011-2013, sono state seguite presso il Consultorio Giovani 80 adolescenti (mediana 18 anni; range 13-21 anni) in gravidanza (figura 3), la metà delle quali (47,5%) di nazionalità straniera. Di queste, 66 (82,5%) hanno partorito nella quasi totalità dei casi (64/66) con parto a termine, mentre in 4 donne non si hanno dettagli sull'esito della gravidanza. Considerando che nello stesso periodo si sono verificati 4138 parti, l'1,54% dei neonati risultava essere da madre adolescente (0,4% in età inferiore a 18 anni). All'interno del percorso monitorato dal Consultorio si sono registrate solo 6 (7,5%) IVG e in 4 casi si è verificato un aborto spontaneo. Nella nostra esperienza la frequenza di neonati da giovani madri è quindi sostanzialmente sovrapponibile al dato nazionale. Il ricorso all'IVG appare invece decisamente inferiore all'atteso, ma considerata la retrospettività della casistica è ipotizzabile una certa imprecisione del dato. Evidente è la maggiore frequenza relativa delle gravidanze in giovani donne di origine non italiana; le adolescenti straniere (15-19 anni) sono circa il 15% del nu-

mero totale delle adolescenti nella nostra provincia; i neonati da genitori stranieri sono circa il 30% di tutti i neonati, ma il rapporto tra giovani mamme italiane e straniere è, sostanzialmente 1:1¹¹. È questo un dato culturale che non stupisce, ma che non deve comunque distogliere da possibili, concomitanti fattori socio-economici e ambientali.

I tre casi descritti propongono una sintesi di alcune problematiche, tutt'altro che insolite, che hanno richiesto articolazioni diversificate degli interventi. La storia di Giada è quella di una minorenne già in carico ai servizi sociali, in condizione di alta vulnerabilità, in mancanza di contesti contenitivi e di sostegno, con un compagno altamente problematico e inserito in un contesto familiare e sociale fortemente a rischio. La collaborazione tra due servizi sociali, la mediazione del legale di fiducia e l'intervento della parte sanitaria, hanno consentito di salvaguardare il legame primario accompagnando i genitori nella lettura dei loro bisogni e nell'accettazione di un intervento progettuale dei servizi sociali fortemente strutturato.

Nel secondo caso spicca la giovanissima età di Eleonora, la cui storia è segnata dal precoce abbandono materno. La deprivazione del legame primario e la perdita di un investimento affettivo e progettuale hanno un significato nel realizzarsi di una maternità precoce? Quanto, a livello inconscio, la ricerca di un legame di dipendenza primaria si colloca in termini compensatori? Individuare significati complessi in agiti non consapevoli e vissuti tra idealizzazione e negazione richiede agli operatori un lavoro molto attento per evitare che quella profonda vulnerabilità

possa tradursi in più gravi fratture psichiche. L'accompagnamento ha previsto un approccio fortemente orientato a mediare i vissuti confusi e immaturi di Eleonora con i dati di realtà che incalzavano nel tempo della gravidanza e che la sottoponevano a trasformazioni fisiche, emotive e progettuali. In questa condizione ha avuto grande rilevanza la figura dell'educatrice-tutor che, attraverso una continua rilettura dei vissuti e degli eventi, ha restituito a Eleonora un senso coeso alla sua realtà. Diversa è invece la storia di Irene, la cui gravidanza si colloca in una fase adolescenziale contrassegnata da gravi perdite sul piano affettivo e della stabilità familiare. Agli esordi della maggiore età, Irene è solida e matura sul piano razionale e si pone di fronte alla propria maternità in modo critico e consapevole. Le sue risorse personali le permettono un processo elaborativo dell'evento mantenendo una difesa altamente strutturata a protezione dell'integrità psichica. Questo processo di negazione le consentirà di arginare l'angoscia dell'abbandono insita nella scelta maturata.

La figura paterna e le famiglie d'origine

La fragilità insita in una gravidanza in adolescenza richiede un contenimento sicuro che garantisca la madre e il bambino sia sul piano affettivo che socio-economico. Spesso all'interno di questa area di profonda fragilità si colloca anche il padre, anch'esso di fronte a un drastico cambiamento di ruolo e di contesto (spesso "da figlio a padre") che lo costringe a forzare le tappe evolutive necessarie al suo definirsi in termini progettuali, sia sul piano personale che su quello formativo-professionale. Se le condizioni lo permettono, le famiglie di origine, superate le prime resistenze, possono assumere funzione di sostegno, contenimento e accompagnamento. È un processo talora difficile e conflittuale che potrebbe richiedere la vigilanza e la guida dei Servizi socio-sanitari. La difficoltà nel ridefinire le dinamiche relazionali tra genitori e adolescenti, che fisiologicamente attraversano fasi oppostive e trasgressive, consiste fondamentalmente nel recuperare un rapporto più stretto e più presente, a tutela sia dei figli adolescenti che del neonato. La funzione della famiglia d'origine è critica nella fase iniziale, laddove la gravidanza si dichiara e fluttua nell'ambivalenza di una scelta non ancora consapevole. L'accettazione

dell'evento deve fare i conti con i progetti, le aspettative, le disponibilità economiche e, non ultima, la cornice culturale nella quale la gravidanza si colloca. In questo scenario, la possibile scelta di un'interruzione volontaria della gravidanza può assumere significati diversi e l'intervento dei Servizi dovrebbe essere di mediazione tra posizioni contrastanti e spesso in conflitto. Infine, occorre considerare che il cambiamento radicale di status, da genitori a nonni, e per l'adolescente, da figlia a madre, non avviene all'interno di un processo maturativo e richiede sponde solide che rinforzino e facilitino la neogenitorialità e la graduale assunzione di responsabilità della coppia, mantenendo un ruolo delle famiglie d'origine presente e partecipe senza, tuttavia, sostituirsi alla coppia stessa.

La prospettiva del pediatra

Tenendo conto che il percorso della maternità in adolescenza ha bisogno di un approccio multidisciplinare che accompagni la gravidanza, il parto, l'instaurarsi della relazione primaria madre-bambino e il processo di attaccamento alla figura paterna, compito del pediatra di famiglia è mantenere una continuità di osservazione sul piano della salute del bambino e sugli aspetti relazionali in ambito familiare. Questa osservazione consentirà di apprezzare la percezione che la madre ha del bambino, il modo in cui si pone nei suoi confronti, le manifestazioni di preoccupazione e di difficoltà, le possibili aree ambivalenti e di frustrazione. Attraverso un ascolto attento è possibile percepire che all'interno di queste dinamiche si celano talora bisogni e fragilità che hanno importanti ricadute sulla relazione primaria e che potrebbero richiedere un contenimento e un sostegno più solido e strutturato. In termini di prevenzione nei confronti di una gravidanza precoce il pediatra può farsi parte attiva nel sensibilizzare l'adolescente (e i suoi genitori) inserendola in percorsi informativi a tutela della sua salute e del suo processo di crescita. La figura del pediatra si colloca pertanto in punti di snodo critici sia rispetto all'età di una ragazza che si affaccia alla sessualità, che all'evoluzione di una maternità in età adolescenziale. Analoga consapevolezza deve esserci riguardo ai possibili rischi per lo sviluppo psico-affettivo del bambino. Il rapporto madre-bambino tende a essere più povero dal punto di vista della relazione e della comunicazione verbale, con

valutazioni non sempre appropriate delle capacità cognitive e dei comportamenti del bambino. Oppure, al contrario, possono prevalere atteggiamenti di ipervalutazione e di idealizzazione poco rispondenti al dato di realtà. Questi bambini sono a rischio di minore rendimento scolastico, maggiori difficoltà socio-emozionali, problemi comportamentali e abbandono scolastico¹². Su questi aspetti la vigilanza del pediatra avrà l'obiettivo di una precoce rilevazione delle problematiche e di un pronto sostegno personale o specialistico.

Conclusioni

Le storie di queste tre ragazze ci danno modo di riflettere sulla realtà della gravidanza in adolescenza, offrendoci punti di vista e prospettive diversi che, nella loro complessità, richiedono una progettualità individualizzata e il concorso di molteplici competenze. Un'intercettazione precoce da parte dei servizi sanitari permette di organizzare un percorso che si muova trasversalmente in modo condiviso. Il lavoro in EMD permette di vedere il contesto nella sua complessità e di lavorare all'interno di un quadro in cui diverse figure professionali operano e interagiscono, definendo insieme obiettivi e interventi aderenti ai bisogni specifici della situazione. La proposta che ne scaturisce costituirà materia di confronto e condivisione per un "lavoro insieme" con la minore, con il compagno e con le famiglie di origine, basato su un senso di fiducia e di scambio con la rete dei servizi che può assumere realmente la funzione di accompagnamento e protezione.

Corrispondenza

enrico.valletta@auslromagna.it

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Ringraziamenti

Prendersi cura di queste giovani mamme è stato possibile grazie all'apporto professionale e umano di ostetriche e ginecologi dell'UO di Ostetricia-Ginecologia, delle infermiere e dei pediatri dell'UO di Pediatria, degli operatori del Consultorio, del Servizio Sociale e del Terzo Settore e in particolare di Angela Fabbri del Centro di Aiuto alla Vita. A loro va la nostra gratitudine.

La bibliografia è disponibile sul sito internet www.quaderniacp.it

Bibliografia

1. ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2012. www.istat.it
2. Save the Children Italia Onlus. Piccole mamme. Rapporto di Save the Children sulle mamme adolescenti in Italia. Maggio 2011. www.savethechildren.it
3. Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78). Dati preliminari 2013. Dati definitivi 2012. Roma, 15 Ottobre 2014. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2226_allegato.pdf
4. De Nisi M, Bianchi L, Piffer S, Arisi E (a cura di). Gravidanza e nascite nelle adolescenti. Analisi del fenomeno in provincia di Trento. Anni 2000-2005. Osservatorio Epidemiologico, Giugno 2008. www.epicentro.iss.it/regioni/trentino/pdf/gravid-adolesc_TN_2000-05.pdf
5. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, et al. REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. Final report. Giugno 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_27_frep_en.pdf
6. Turner RJ, Grindstaff CF, Phillips N. Social support and outcome in teenage pregnancy. *J Health Soc Behav* 1990;31:43-57.
7. Mayberry RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev* 2007;167:1853-60.
8. Scrimin F, Sorz A, Farneti F, Ronfani L. Adolescenti in gravidanza. *Medico e Bambino* 2011;30:94-8.
9. Bowlby J. Attaccamento e perdita. (trad. it. a cura di Sborgi C.). Vol. 3. Torino: Bollati-Boringhieri Editore, 2000.
10. Boscolo L. Le madri adolescenti sono a maggior rischio di depressione rispetto alle madri adulte? *Spazio Psicologia*, 2008.
11. Report Provinciale. I cittadini immigrati stranieri nella Provincia di Forlì-Cesena. Analisi dei dati e dinamiche territoriali. 14 Maggio 2014. http://servizi-uffici.provincia.fc.it/en/c/document_library/get_file?uuid=825cf6e6-eca3-48f8-ab06-0c606fa7d3db&groupId=553789
12. Riccio G. La maternità in giovane età: uno studio esplorativo su donne italiane e straniere (Tesi). Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo. Università di Roma – Sapienza. <http://padis.uniroma1.it/bitstream/10805/1544/1/tesi/dottorato/Gina/Riccio.pdf>