

Le sfide del nuovo pediatra

Di Mauro G¹, Mariniello L²

¹Pediatra di famiglia, Presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale; ²Pediatra di famiglia, Componente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

Il progresso economico e tecnologico moderno e l'urbanizzazione hanno negli ultimi decenni rivoluzionato il modo di vivere nei paesi industrializzati modificando radicalmente il concetto stesso di famiglia e facendo emergere un'infanzia con caratteristiche e problematiche che impongono un approccio sanitario estremamente diverso rispetto al passato.

Agli inizi del 21° secolo la famiglia appare come una realtà sociale in pieno mutamento, assumendo connotazioni non tradizionali. La profonda trasformazione subita meraviglierebbe non poco i nostri avi.

Dal 1950 la società agricola e patriarcale (famiglie numerose, solidali, spesso sotto lo stesso tetto) si trasforma in società industriale e post-

industriale. Predomina la cosiddetta famiglia "nucleare" ridotta al nucleo essenziale: genitori più uno o due figli. Dal 1990 crolla il lavoro dipendente nell'industria e nel pubblico impiego, cresce il lavoro autonomo e del terziario. Inizia il lavoro bi-generazionale, spesso precario. Queste dinamiche incidono sulla famiglia spingendo verso unioni meno solide e strutture diverse rispetto al passato. La piramide demografica si rovescia in poco più di un secolo. Nel censimento del 1871 gli italiani erano 27 milioni con 9 milioni di bambini under 14 anni (33% della popolazione generale). In quello del 2005 sono censiti 60 milioni di abitanti con 8.2 milioni di bambini under 14 anni (14% della popolazione generale, Figura 1).

I bambini sono pochi, rarefatti tra adulti-anziani. Dal 1970 si assiste ad una denatalità sempre più spiccata. Nel 1964 in Italia nascevano oltre 1 milione di bambini con un indice di fertilità pari a 2.7 figli per donna e un indice di natalità pari a 19.5 per mille abitanti. In 40 anni si perdono ben 500000 nascite per anno. L'indice di fertilità scende a 1.35 figli per donna e l'indice di natalità diventa inferiore a 10 per mille abitanti. Nessuna nazione ha avuto una denatalità tanto spiccata, prolungata e persistente come l'Italia. La struttura della famiglia cambia profondamente. Nel 1951 le famiglie con un solo componente sono il 10%, mentre quelle con 5 o più componenti il 33%. Nel 2001 le famiglie con un solo componente diventano il 25% mentre quelle con 5 o più componenti sono meno del 7%. Il 34% delle famiglie o coppie non ha figli, il 30% ha un solo figlio, il 28% ne ha due e solo l'8% ha 3 o più figli (Figura 2).

La coppia si preoccupa per il futuro, teme di non poter assicurare ai figli una vita migliore. Molte coppie vedono nella nascita di figli limitazioni economiche, perdita di indipendenza, difficoltà di crescita sociale, ostacoli all'attività di lavoro. I figli non sono più lo scopo principale delle nuove coppie. Le unioni avvengono tardi e l'età media delle madri per il primo figlio si sposta al di sopra dei 32 anni. Nascono sempre meno bambini: 1 milione nel 1964, 560000 nel 2005, 542000 nel 2011, 530000 nel 2013. Negli ultimi 4 anni si sono avute 42000 nascite in meno.

Sono sempre più numerose le famiglie ricomposte da diverse unioni, sancite o meno dal matrimonio. Si

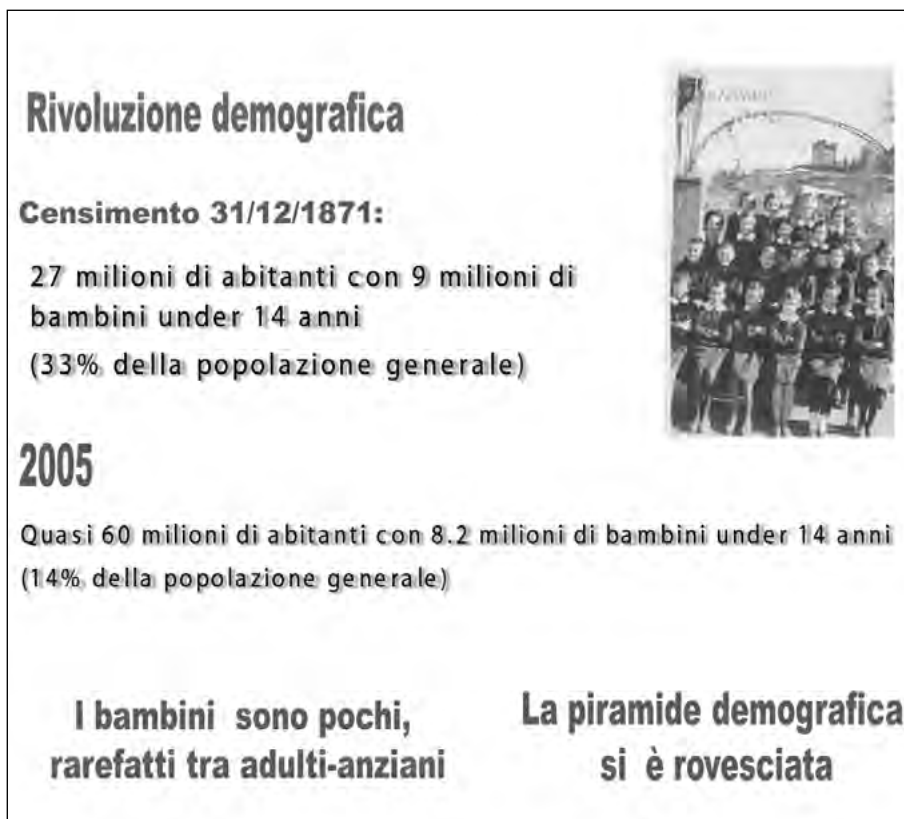


Figura 1: rivoluzione demografica.



Figura 2: il declino della maternità.

assiste a una forte pluralizzazione delle forme familiari, per cui costituiscono "famiglia" anche configurazioni non basate sulla differenziazione sessuale o sul riconoscimento religioso o civile dell'unione-matrimonio.

Più che parlare di crisi, si può dire che la famiglia contemporanea attraversa una fase di profonde riflessioni su ciò che essa è. Le cause sono molteplici e complesse, legate ai profondi cambiamenti della società. Uno degli elementi nuovi che più ha contribuito a rivoluzionare il concetto di famiglia è l'emancipazione femminile. La donna ha rivendicato e ottenuto parità dei diritti, pari opportunità di carriera e di trattamento economico, possibilità di gestire la propria fecondità, di divorziare con maggiori tutele legali. Ha raggiunto l'indipendenza e ha dimostrato di riuscire ad assumersi responsabilità di rilievo nella società. Non sempre un figlio impedisce alla donna di realizzarsi, ma questa emancipazione può avere delle conseguenze. Una madre che lavora non ha la

possibilità di seguire il figlio a casa e a scuola. Il bambino pranza alla mensa scolastica, viene affidato alla baby-sitter, frequenta il doposcuola. Questa donna corre da una parte all'altra, si sente continuamente colpevole di non poter seguire il figlio, è costretta a delegare il suo ruolo a persone e a strutture che si prendano cura del figlio. In tutto ciò resta poco spazio per l'uomo con cui vive per cui spesso il rapporto entra in crisi. In Francia sei milioni di donne vivono da sole e si assiste a un divorzio ogni due matrimoni, in Italia 1 ogni 5. Il 30% dei bambini nasce al di fuori del matrimonio in Francia, il 15% in Italia.

E veniamo alla figura del padre. Il maschio sta progressivamente perdendo parte delle sue funzioni che sino a pochi decenni orsono sembravano indiscutibili. In particolare ha perso l'esclusività non solo del suo ruolo produttivo ma anche del ruolo protettivo. Peraltro si intravede nel futuro la possibile alternativa al suo ruolo riproduttivo come dimostrano i successi ottenuti di

recente dalla clonazione di animali. Ovviamente tutto ciò fa sì che il padre di oggi non somigli per nulla a suo padre. Un'indagine recentissima dell'Istat ha rilevato che in Italia si diventa padri in un'età più avanzata rispetto agli altri paesi europei, intorno ai 33 anni rispetto ai 29 di solo 10 anni orsono. Lavora e si impegna a fondo nel suo lavoro. Cerca di condividere le responsabilità e i lavori domestici con sua moglie, dialoga con i figli. Si sente colpevole per qualsiasi condizione in grado di rendere infelice il proprio figlio. Ha scarsa capacità di porre dei limiti alle richieste dei figli. Ci ritroviamo con bambini per i quali si mette in atto ogni sorta di protezione dal mondo esterno, viziati all'inverosimile ai quali sono stati risparmiati persino i no più ovvii e naturali. Una generazione di bambini cresciuti in questo modo è destinata a produrre una generazione di adolescenti con scarsa capacità di dare prova di sé. Nella società moderna il bambino è sempre più abbandonato a se stesso e sempre più solo. Torna a casa e non trova nessuno. In famiglia lavorano tutti. Subito la sua attenzione si rivolge alla Tv, tastiera del computer, al frigorifero. Se i mezzi finanziari della famiglia lo consentono, a casa trova una studentessa che lo assiste nei compiti o la baby-sitter. Ma probabilmente deve anche andare a pianoforte, a calcio, a ginnastica o a danza. Oggi si fa uno sport o addirittura due, si fa musica e in più bisogna farcela a scuola: si fa, si fa... senza avere il tempo di riflettere, di meditare, di sognare il futuro. I giovani "fanno" e non pensano più.... Risultato fanno male e si angosciano!

I bambini di oggi fanno molte più cose di quante ne sapessimo noi alla loro età. Per apprendere e conoscere il mondo non hanno più soltanto i genitori e la scuola a loro disposizione ma altri strumenti più attraenti

come la televisione e i computer. Questo bambino che il Prof. Rubino definisce "tecnologico", diviene adulto più rapidamente ed è espropriato dell'infanzia. Nella società informatizzata e tecnologica egli, attraverso le suggestioni ambientali e in particolare televisiva, è direttamente coinvolto nel mondo degli adulti, rapidamente sollecitato sul piano cognitivo e rischia di scomparire come bambino. Perciò c'è chi oggi parla di "scomparsa dell'infanzia". In tale contesto diviene obbligatorio "riscoprire l'infanzia", riscoprirla per conoscerla, proteggerla ed educarla. L'homo sapiens che ha dimostrato di possedere la capacità di autodistruggersi rappresenta anche l'unica possibile difesa. E come potrebbe l'homo sapiens guardare con ottimismo al futuro se trascurasse l'anello ineluttabile del suo stesso futuro che è l'infanzia e l'adolescenza della società cui appartiene? (**A. Rubino**)

Questi bambini si deprimono se non ottengono subito ciò che desiderano e diventano impazienti di crescere credendo di ottenere sempre di più. Ma la disillusione che si verifica in età adolescenziale determina spesso problemi psicologici difficili da affrontare. Dopo il boom economico degli anni 1951-1981, siamo entrati in un'era di incertezze che riguarda non solo il mercato del lavoro ma anche la possibilità di costruire una società con un futuro sostenibile. Un mondo che corre e che non ha tempo per chi cade o si ferma è un mondo che cancella il senso della vita e che genera problemi psicologici in chi non è in grado di stare al passo. Gli adolescenti sono i più vulnerabili. Molti ragazzi nell'adolescenza abdicano al loro futuro, come se non volessero più crescere, iniziano a soffrire di disturbi ansioso-depressivi o psicosomatici. Questi disturbi diventano spesso mezzi per ottenere vantaggi e per essere

esentati da ogni impegno o dovere. In tale contesto non è più ammissibile un pediatra ancorato ad una concezione "fisica" della medicina. Ma si va sempre più imponendo la necessità di un cambio della sua operatività: dal curare, inteso come diagnosi e terapia delle malattie, al prendersi cura della salute globale, fisica e psicosociale dei bambini e degli adolescenti. Il nuovo arduo compito è quello di: informare, educare, educare ad educare, stimolare a pensare, invogliare le famiglie a riscoprire dei valori. Si rende necessario un pediatra diverso per bambini che sono cambiati, un pediatra che si faccia carico del disagio emozionale, psicologico e ambientale del bambino prima e dell'adolescente poi. Dovrebbe ridisegnarsi un nuovo ruolo di ... amico, difensore e manager diventando il fulcro della rete di protezione, tutela e assistenza del bambino e dell'adolescente. Il pediatra è in una posizione privilegiata per svolgere tale ruolo in quanto venendo in contatto con il bambino, la famiglia e il suo ambiente di vita può cogliere i primi segnali di allarme di una condizione di disagio da discutere con i genitori, gli insegnanti e gli altri operatori sociali in modo da concordare un programma di intervento.

Il disagio giovanile viene molto spesso interpretato partendo da un'ottica adulta per cui si arriva facilmente ad affermare che i bambini e gli adolescenti sono "difficili da capire" e "difficili da educare". In realtà come sostiene la psicoanalista francese **Françoise Dolto**: "Parliamo molto dei bambini ma poco con i bambini". L'esperienza del pediatra, invece, insegna che, se debitamente interrogati e ascoltati, anche i più piccoli sanno dire che cosa dovremmo fare per migliorare la qualità della loro vita.

Il pediatra deve essere non solo in grado di individuare precocemen-

te eventuali segnali di disagio, ma deve anche saper orientare i genitori verso corrette pratiche di accudimento e di relazione in modo da prevenire o risolvere sul nascere eventuali disagi. Per far ciò deve acquisire le necessarie competenze per poter interagire in modo ottimale con adolescenti e genitori.

Dunque si impone un nuovo modo di far Pediatria e una nuova figura del Pediatra "universitario, ospedaliero, delle strutture e di famiglia". Il pediatra è oggi chiamato ad operare con umiltà e grande disponibilità, con spirito di servizio, con amore e sacrificio, con adeguata preparazione scientifica e tecnica. Deve essere al centro di quel "Progetto di Salute globale" che parte già prima della nascita e prosegue fino all'adolescenza facendo ricorso ai vari istituti di specialità, consultori familiari e servizi per adolescenti con il naturale coinvolgimento della famiglia, della scuola e delle istituzioni legalmente preposte. Favorire il processo di crescita rappresenta il capitolo prioritario del nostro operare quotidiano (Figura 3).

Vasto è il campo di azione. Basta considerare il capitolo della Pediatria sociale: bambini abusati, bambini maltrattati, bambini violati nei tanti modi possibili, vittime innocenti dello spirito del male che si aggira attorno a noi. E il problema obesità tanto esteso nella nostra nazione e in particolare nella nostra regione tanto da aver fatto giustamente definire tale problema la "nuova epidemia del XXI° secolo.

E che dire dell'abuso mediatico (la TV-Sitter, la violenza in TV, i messaggi pubblicitari, i videogiochi, il mondo di Internet) e dei bambini sieropositivi, di quelli immigrati, di quelli adottati, dei figli di genitori separati, dei figli di detenuti. Non ultimo l'impegno operativo per le vaccinazioni come medicina preventiva

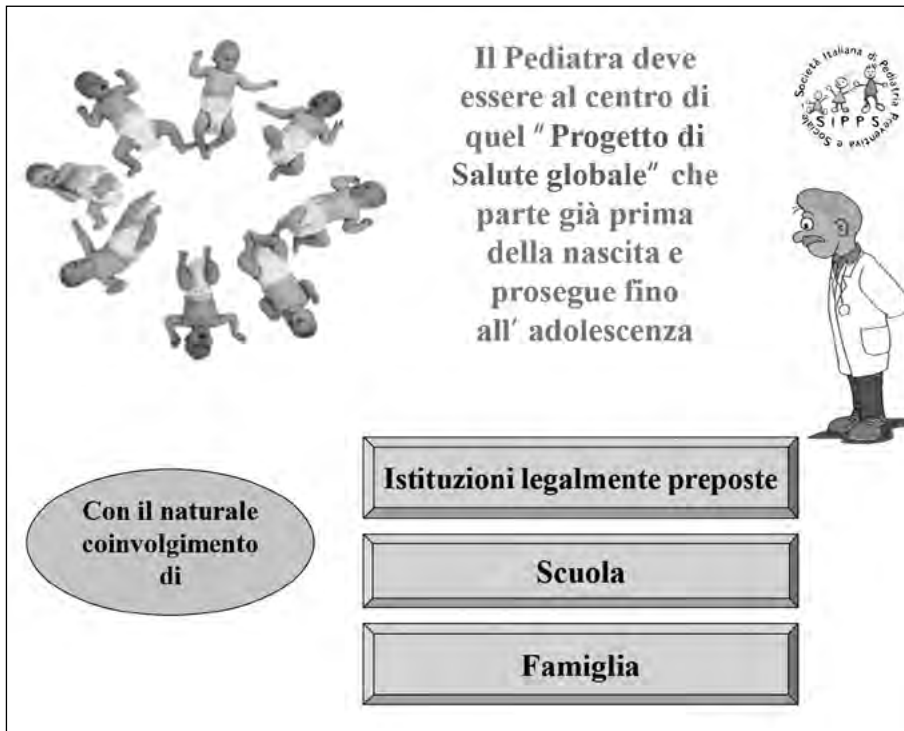


Figura 3: ruolo del "nuovo Pediatra".

per eccellenza che devono essere orientate a beneficio dei singoli e della comunità.

I bilanci di salute introdotti sin dal 1996 nella convenzione per la pediatria di famiglia diventano l'occasione per effettuare un'adeguata educazione individuale: educazione alimentare, sessuale, al vivere insieme, al saper fruire del cinema, della TV, biblioteche, strutture sportive. Ma anche per porre l'attenzione sulle problematiche delle vaccinazioni e ai comportamenti a rischio caratteristici dell'età evolutiva: uso di alcool, tabacco, sostanze stupefacenti, comportamenti sessuali, prevenzione degli incidenti e degli avvelenamenti, relazione con la famiglia ed amici, massima prudenza nei rapporti con gli altri... soprattutto se sconosciuti. Non dovrà essere trascurata l'inquietante situazione della anoressia e della bulimia quale spia di un più ampio disagio esistenziale. Il pediatra di famiglia, conoscendo bene l'"ambiente" in cui vive il bambino, si trova in una posizione privilegiata per identificare il mal-

trattamento fisico, emotivo o sessuale, situazioni che spesso si manifestano con manifestazioni difficili da interpretare: obiettività spesso negativa, isolamento, turbe dell'umore, disturbi del comportamento. Una particolare attenzione meritano i neonati di peso molto basso alla nascita e i neonati malformati, che spesso comportano problemi di ordine etico e giuridico. I progressi ottenuti in terapia intensiva permettono oggi di salvare neonati un tempo irrecuperabili, ma con grossi rischi di esiti permanenti. Il Pediatra è chiamato a destreggiarsi tra due diverse visioni che potremmo definire della "sacralità della vita", secondo cui ogni vita deve essere tutelata e fatta vivere, e della "qualità della vita" che ritiene che sia meritevole di protezione solo una vita qualitativamente accettabile. Fondamentale in tal caso è la capacità comunicativa del Pediatra che deve interagire con entrambi i genitori in modo semplice e chiaro.

L'"emergenza ambientale" ha da tempo investito il nostro pianeta

in agonia. L'Accademia Americana di Pediatria raccomanda a tutti i pediatri una maggiore presa di coscienza di tale problema. Le malformazioni congenite, responsabili del 25% della natimortalità e del 45% della mortalità perinatale, sono da addebitare non solo a fattori ereditari o ad alterazioni cromosomiche ma anche a teratogeni ambientali. L'uomo moderno è esposto a più di 15000 agenti chimici sintetizzati negli ultimi 50 anni, ad aria inquinata indoor e all'aperto, cibo e acqua contaminati, radiazioni, fumo passivo. I bambini sono più esposti in quanto bevono, mangiano di più e respirano più aria rispetto alla loro superficie corporea, peraltro sono più sensibili degli adulti in quanto organismi in crescita.

Purtroppo lo sviluppo in equilibrio con l'ecosistema in cui viviamo sarà possibile solo con interventi di programmazione a livello mondiale in quanto gli inquinanti non riconoscono confini politici.

Il concetto di ambiente assume oggi particolare rilevanza anche nella vita prenatale. Recenti ricerche hanno rilevato sorprendenti capacità percettive, sensoriali e di apprendimento del feto. Gli stimoli luminosi, sonori e gustativi (sostanze presenti nel liquido amniotico) vengono classificati e paragonati. In tal modo il feto si prepara gradualmente a ciò che lo aspetta alla nascita. Per tal motivo ogni bambino va tutelato sin dalle prime fasi di gestazione. Fondamentale è l'educazione prenatale dei genitori per migliorare lo stile di vita facendo acquisire consapevolezza su ciò che è utile e su ciò che è nocivo per il feto evitando ciò che può turbare la vita prenatale, così come è descritto da Pirandello nella novella "Felicità" in cui una giovane gestante, pur di far fronte a gravi tensioni familiari "non voleva risentirsi di nulla, a nulla badava per non turbare affatto l'opera santa

della natura che si compiva in lei e che doveva compiersi in letizia”.

Ma per farsi carico di tali nuove esigenze è necessario riorganizzare la risposta sanitaria e far fronte all'improprio aumento della domanda di prestazioni da parte delle famiglie. Negli ultimi decenni le infezioni, che costituiscono il 90% della patologia infantile, sono state falcidiate da efficaci prevenzioni e terapie innovative. Il poco che resta rischia l'eliminazione a breve: i vaccini per farlo sono già in arrivo.

Dal 1980 ad oggi la mortalità infantile (0-12 mesi) è scesa dell'80% e quella pediatrica (1-14 anni) è ormai legata solo a incidenti traumatici e neoplasie maligne, ma nonostante ciò tende allo zero (0.1-0.3 per mille a seconda dell'età). La SIDS pur con le sue basse incidenze tuttora in riduzione (0.64 casi/1000 bambini nel 1999 in USA) è diventata la prima causa di morte acquisita nei primi 12 mesi. Le sepsi gravi sono rare perfino nelle U.O. di Pediatria di secondo e terzo livello, dove in media si verificano non più di 10 casi/anno per reparto. Un perfezionamento dei vaccini per Pneumococco e Meningite farebbe sparire con una vaccinazione universale molto di quello che resta; piccoli numeri, circa 300 sepsi/anno denunciate in Italia pur con sottostime certe.

Nel contempo una quantità enorme anche di patologia non infettiva è diminuita grazie alla migliorata assistenza, alla diagnosi prenatale, agli screening post-nascita ecc. Oggi hanno poche possibilità di nascita patologie che solo ieri comportavano centinaia di ricoveri (esempi sono la talassemia major e le tetraparesi spastiche).

Ma in controtendenza a tale benessere è corrisposto un aumento della domanda di prestazioni delle famiglie per i figli influenzato da vari fattori, tra cui la bassa natalità. I figli rari, unici e tardivi sono circondati

da un mondo di anziani (genitori, zii, nonni, bisnonni) che li ritengono di continuo malati o potenzialmente ammalabili. L'attesa tra comparsa dei sintomi e richiesta di visita si è andata sempre più riducendo. Ne è derivato un aumento incontrollabile di prestazioni improprie negli studi dei pediatri di famiglia e dei codici bianchi e verdi nei Pronto Soccorso (+ 400% nell'ultimo decennio). Il lavoro delle mamme rende inevitabile il ricorso all'Asilo Nido. Il bambino immesso in comunità nelle prime fasi della vita ammalava cinque volte di più. Prevalgono virus innocui che una volta si autorisolvevano con un po' di pazienza e con i consigli della nonna. Oggi determinano visite negli ambulatori dei Pdf, nei PS sino a ricoveri urgenti. Tale realtà va gestita per permettere al pediatra di famiglia di rivolgere le sue energie alle nuove esigenze poste dalle mutate condizioni sociali.

Purtroppo le organizzazioni sanitarie dell'assistenza sono disposte come se esistessero ancora malattie scomparse e non fossero cambiati i bisogni di salute. Tali bisogni emergenti vengono di fatto trascurati in una "disorganizzazione organizzata" della pediatria italiana.

Appare evidente da tutto quanto detto che ci troviamo di fronte ad una sfida entusiasmante per ridisegnare il ruolo e la funzione del pediatra in grado di rispondere efficacemente alle nuove esigenze sanitarie che sono poste dalle mutate condizioni sociali. Occorre "costruire" un Pediatra più conscio delle molteplici valenze etiche della sua professionalità. Capace di usare strumenti moderni di organizzazione e comunicazione in modo da diventare un nodo fondamentale nella rete di collaboratori/consulenti che si occupano dell'infanzia. Occorre formare un Pediatra moderno che sappia affrontare meglio tutti gli aspetti sociali, psicologici, morali, caratteriali

dell'infanzia che possono divenire i prodromi del disagio che si proietta e si slatentizza nell'adolescenza. Il Pediatra così formato, può efficacemente fare prevenzione! E quella prevenzione che ha fatto e fa per le malattie fisiche, oggi la potrebbe fare anche per le problematiche che stanno alla base delle manifestazioni del disagio giovanile nelle età successive. Questo "nuovo" Pediatra dovrebbe ampliare la visione della sua professione, in riferimento ad alcuni punti qualificanti: dovrebbe incentivare i suoi sforzi per costruire una "genitorialità responsabile", fondamentale per assicurare al bambino condizioni ottimali di benessere e qualità della vita. A tal fine sono importanti incontri prima della gravidanza per infondere sicurezza e positività e dopo il concepimento. Il pediatra deve essere un punto di riferimento per i genitori nelle malattie acute e croniche, nelle vaccinazioni, nell'alimentazione e in altre problematiche, ma deve essere anche il "tutor" capace di considerare il bambino membro di una "societas" e capace di aiutarlo, insieme alla famiglia e alle istituzioni a diventare un "UOMO". Una famiglia serena con genitori responsabili è fondamentale per lo stato di salute psicologica del bambino. Basta pensare agli sconvolgimenti determinati sulla salute psicologica del bambino da eventi quali il disaccordo tra i genitori, il divorzio, l'adozione, le famiglie omosessuali, le famiglie monogenitoriali, le molestie sessuali. Il pediatra deve essere preparato ad affrontare in modo ottimale tali situazioni in modo da mitigare i danni psicologici che possono determinare nel bambino. Il Pediatra dovrebbe trovare spazio per comunicare con i genitori durante l'orario di attività ambulatoriale in modo stabile e continuativo, per conoscere ed affrontare situazioni di difficoltà familiare.

Diventa prioritario impegnarsi ad essere preparati come medici Pediatrici a vivere questa esperienza così significativa di promozione e di protezione della salute, senza riserve e senza limiti, sempre dalla parte dei bambini, nel rispetto della loro persona umana così labile, così fragile, così indifesa per poter essere e saper essere i primi e più fedeli custodi della loro salute in senso globale.

Ci piace concludere con le parole del Professor **Giuseppe Roberto Burgio**: "Nessuno è responsabile della propria nascita ma, proprio per questo, siamo tutti responsabili di far vivere bene chi nasce".



Figura 4: il futuro dei bambini.

Bibliografia

1. Badaloni P, Bozzetto B: Il libro dei diritti dei bambini (Nuova Ed.). Ed. Gruppo Abele, Torino 1998
2. Burgio GR, Lantos JD (Eds): Primum non nocere today, 1st ed. Elsevier, Amsterdam-New York, 1994
3. Burgio GR, Intervento alla Camera dei Deputati – Commissione Infanzia, 20 Novembre 2003
4. Carassi R, Marchiaro S, Molinaro C: La Famiglia. PRIMA – percorsi e immagini per conoscere, pag. 48-85, 1993
5. Costernino A, Bonaccorso C: Sviluppo psicosensoriale nella vita prenatale. Bambini da salvare Bambini da amare, pag. 39-44, 2005 EDITEAM
6. Di Mauro G, Mariniello L: Bambini, famiglie, pediatri: un rapporto in evoluzione. Atti "Giornate Pediatriche Meridionali FIMP, Simeri 2004
7. Famiglia. Enciclopedia Italiana La Piccola Treccani, pag. 538-539, 2002 Marchesi Grafiche Editoriali
8. Leocata A: Aver cura dei bambini e la "maxima reverentia". Bambini da salvare Bambini da amare, pag. 21-25, 2005 EDITEAM
9. Leocata A: Infanzia da salvare, infanzia da amare. Riv Ped Sicil 54: 113-115, 1999
10. Marchese G, La Rosa M: Inquinamento ambientale e salute. Bambini da salvare Bambini da amare, pag. 49-52, 2005 EDITEAM
11. Meli S Inquinamento ambientale e malformazioni congenite. Bambini da salvare Bambini da amare, pag. 45-47, 2005 EDITEAM
12. Meneghelli G: Le malattie: il presente tra passato e futuro
13. Organizzazione Nazioni Unite: Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia. New York, 20 Novembre 1989 UTET
14. Perna A: Abbiamo rubato il futuro ai nostri figli. Quaderni ACP Vol 12 N° 3: 93-94, 2005
15. Rubino A: L'infanzia nella società moderna. Atti 60° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria, Napoli 30 settembre – 4 Ottobre 2004, pag. 1-2 Pacini Editore
16. Russo S: Contesto sociofamiliare e sviluppo psichico del bambino. Bambini da salvare Bambini da amare, pag. 53-58, 2005 EDITEAM
17. Tancredi F: Considerazioni semiserie di un Pediatra sul futuro dell'Uomo. Milano 10 Marzo 2005 Workshop di endocrinologia Pediatrica – Ospedale San Raffaele
18. Volpi R. La fine della famiglia. La rivoluzione di cui non ci siamo accorti. Edizione Mondatori, 2007