

La frenotomia del frenulo linguale corto nel lattante è utile per l'allattamento?

Maddalena Marchesi¹, Costantino Panza²

1. Pediatra di famiglia, San Polo d'Enza (Reggio Emilia); 2. Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)

Tongue tie is a frequent condition present in about 5% of newborns. It could impact on breastfeeding practice. This clinical scenario faces the diagnosis and treatment of this condition considering recent RCT.

L'anchiloglossia o frenulo linguale corto è un evento frequente nella pratica ambulatoriale, presente fino al 5% dei neonati, che può influire sull'allattamento al seno. Lo scenario clinico affronta la diagnosi e il trattamento di questa condizione neonatale alla luce dei più recenti trial randomizzati.

Caso clinico

Marta, 6 giorni di vita, è stata dimessa dall'ospedale con diagnosi di frenulo linguale corto (FLC), non altre malformazioni o problemi pre- o perinatali. La mamma presenta ragadi bilateralmente al seno e riferisce un dolore sopportabile mentre allatta.

La bambina, dimessa con un calo del 5% a 72 ore dalla nascita, al momento della visita presenta lo stesso peso della dimissione. L'obiettività generale, eccetto che per il FLC, è nella norma. La mamma chiede se è necessario intervenire con la frenotomia, come ipotizzato in ospedale per non compromettere l'allattamento al seno.

Background

Il frenulo linguale è una piega mucosa che unisce la porzione mediale della faccia inferiore della lingua con il pavimento della bocca. Si parla di FLC quando il frenulo è insolitamente spesso, stretto o corto. Esistono diversi tipi di FLC con diversi gradi di severità, tuttavia non è presente una definizione universalmente accettata e mancano criteri obiettivi pratici per l'approccio diagnostico.

La maggior parte degli Autori concorda che la mobilità della lingua è più importante dell'aspetto del frenulo nella diagnosi di questa condizione. La prevalenza di FLC nei diversi studi, dallo 0,02 al 10,7% dei neonati, rispecchia la difficile misurazione obiettiva, mentre spesso prevale una valutazione soggettiva della mobilità linguale; la maggior parte degli Autori concorda su una prevalenza di 2-5% dei neonati, con un rap-

porto maschi/femmine di 1,5-2,6/1¹.

Durante le fasi precoci di sviluppo la lingua è fusa con il pavimento della bocca, successivamente si verifica apoptosi e il processo di riassorbimento libera la lingua; il frenulo rimane l'unico residuo della fusione iniziale. Alla nascita il frenulo linguale è fisiologicamente più breve di quanto si osserva in epoche successive; infatti anche il frenulo linguale cresce con lo sviluppo del bambino, in particolare si allunga nei primi 6 mesi di vita e più lentamente fino ai 5 anni di età². È descritta una predisposizione genetica all'anchiloglossia. La maggior parte dei casi sono conseguenti a mutazioni sporadiche; tuttavia la mutazione del fattore di trascrizione *T-box factor TBX22* può causare anchiloglossia ereditaria in associazione con labio-palatoschisi.

Misurare il frenulo linguale

L'impianto del frenulo è alla base di una classificazione di tipo anatomico: se l'inserzione del frenulo è sulla punta della lingua o appena sotto si parla di anchiloglossia anteriore (rispettivamente tipo 1 e 2); se è ispessito (tipo 3) o sottomucoso, visibile come un'ampia masserella di mucosa piatta (tipo 4), si parla di anchiloglossia posteriore; la posizione posteriore è associata più frequentemente al sesso maschile e alla presenza di un frenulo labiale superiore³. Sono descritte altre misurazioni del FLC: Kotlow⁴ indica la misurazione della lingua "libera", ossia la porzione anteriore all'inserzione del frenulo linguale; un altro modello di misurazione indica in 2 cm la lunghezza minima del frenulo associata a una di-

stanza dall'incisivo superiore a 2,3 cm⁵; il *Tool for Lingual Frenulum Function* (ATLFF, [tabella 1](#)) valuta 5 parametri descrittivi e 7 che misurano la funzionalità della lingua⁶. Recentemente è stata proposta una nuova misurazione per mezzo di un punteggio su 4 caratteristiche anatomo-funzionali (BTAT, [tabella 2](#)), più semplice da utilizzare⁷. Tuttavia, gli studi di validazione per la misurazione del FLC hanno dato pareri contrastanti e, ad oggi, non è presente un test validato e controllato^{8,9}.

Sintomatologia

Per succhiare validamente, un neonato deve abbracciare l'areola con la gengiva superiore, le guance, la lingua. La suzione inizia con il movimento in avanti della mascella e della lingua. La lingua aiuta a sigillare meglio il cavo orale ma la sua azione è minima.

Durante la suzione, la punta della lingua si fa sottile e a forma di coppa verso l'alto per iniziare un movimento peristaltico a onda verso la gola. Contemporaneamente le mascelle spremono il latte dai dotti galattofori. Una suzione disorganizzata, simile al movimento di un pistone, è stata verificata in un gruppo di 24 bambini con FLC da Geddes e coll.¹⁰ in base al comportamento osservato all'ecografia sottomentoniera. Si attribuiscono al FLC difficoltà ad attaccarsi al seno, suzione scoordinata, pasti frequenti, dolore e traumatismo del capezzolo; anche disturbi del linguaggio e problemi nell'igiene dentale sono stati attribuiti all'anchiloglossia.

Ballard e coll.¹¹ hanno esaminato l'associazione tra FLC e allattamento al seno: in un gruppo di 273 lattanti visitati in ambulatorio per difficoltà di allattamento il 12,8% presentava un FLC alla valutazione ATLFF rispetto al 3,2% di una popolazione di controllo. Lo studio di Hogan e coll.¹¹ su una corte di 201 neonati con FLC hanno riportato una incidenza del 44% di difficoltà all'allattamento, senza trovare una associazione tra lunghezza del frenulo e alterata su-

tabella 1

Il Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF) da voce bibliografica 6, modificata

Aspetto anatomico	Funzione
Aspetto della lingua durante il sollevamento 2: rotondo o quadrato 1: lieve schisi apparente in punta 0: a forma di cuore	Lateralizzazione lingua 2: completa 1: del corpo ma non della punta 0: nessuna
Elasticità del frenulo 2: molto elastico 1: moderatamente elastico 0: poca o nessuna elasticità	Sollevamento della lingua 2: punta a metà bocca 1: i contorni solo a metà bocca 0: la punta rimane presso la cresta alveolare o a metà bocca solo se la mascella è chiusa
Lunghezza del frenulo linguale a lingua sollevata 2: più di 1 cm o incorporato in lingua 1: 1 cm 0: meno di 1 cm	Estensione della lingua 2: punta sul labbro inferiore 1: punta solo sulla gengiva inferiore 0: non si eleva o si inarca
Attaccamento del frenulo alla lingua 2: dietro alla punta 1: alla punta 0: incavo alla punta	Estensione della porzione anteriore della lingua 2: completa 1: moderata o parziale 0: poco o nulla
Attaccamento del frenulo linguale alla cresta alveolare inferiore 2: fissato al pavimento della bocca o al di sotto della cresta 1: fissato appena sotto la cresta 0: fissato alla cresta	Curvatura dei bordi verso l'alto 2: tutto il bordo, forma a coppa stabile 1: solo ai bordi laterali, coppa moderata 0: scarsa o nessuna curvatura
	Peristalsi 2: completa, da anteriore a posteriore 1: parziale, solo posteriore 0: nessuna o peristalsi invertita
	Schiocco 2: nessuno 1: periodico 0: frequente o a ogni succhiata

tabella 2

Il Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT). Da voce bibliografica 7 modificata

	0	1	2
Aspetto della punta della lingua	a forma di cuore	lieve schisi	arrotondato
Fissaggio del frenulo alla gengiva inferiore	al culmine della gengiva	alla porzione più interna della gengiva	al pavimento della bocca
Sollevamento della lingua a bocca aperta (durante il pianto)	minimo sollevamento	sollevamento dei soli bordi	sollevamento dell'intera lingua a metà bocca
Protrusione della lingua	la punta rimane dietro la gengiva	la punta appoggia sulla gengiva	la punta può estendersi oltre il labbro inferiore

zione, mentre il 56% con FLC si alimentava correttamente¹¹.

La frenotomia

Il trattamento principalmente eseguito per il FLC è la frenotomia. In genere viene effettuata ambulatorialmente e nei bimbi di età inferiore a 3 mesi senza ane-

stesia, anche se alcuni Autori riportano l'utilizzo di zucchero o paracetamolo come antidolorifico⁴; in una coorte di 200 bimbi piangeva il 68% dei bambini e il tempo medio di pianto era di 15 secondi¹³. L'utilizzo di benzocaina come analgesico, testato in un RCT, non è efficace¹⁴. Le complicazioni dopo frenotomia sono rare: il sanguinamento che si

arresta con un tamponamento circoscritto, la formazione di ematoma locale, lo sviluppo di un'ulcera sotto la lingua (in circa il 2% dei trattati), eccezionalmente edema subacuto massivo sottomandibolare. Questo trattamento richiede una formazione degli operatori per evitare che vengano danneggiati la vena linguale e i dotti salivari. Il 2,6% dei bambini necessita di ripetere la procedura¹. La frenotomia è un trattamento controverso; in Olanda è stata abbandonata¹⁵ e un *Position Statement della Canadian Paediatric Society* non raccomanda di routine questa procedura²; nell'opinione di diversi commentatori è vantaggiosa nel bilancio tra possibili complicanze chirurgiche e il rischio di un abbandono precoce dell'allattamento al seno¹⁶.

Domanda strutturata

In un neonato con frenulo linguale breve [POPOLAZIONE] la frenotomia [INTERVENTO] rispetto al non intervento [CONTROLLO] è un intervento utile per migliorare l'allattamento al seno [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Su *PubMed* abbiamo eseguito la ricerca con la seguente stringa (Ankyloglossia OR Tongue tie AND Frenotomy OR lingual frenum/surgery) e i seguenti limiti: *Randomized Controlled Trial (RCT), Meta-Analysis, Pragmatic Clinical Trial, Systematic Review (SR), Review*. Sono emersi 34 articoli di cui 7 SR e 5 RCT (tabella 3). La scelta di non raccogliere studi osservazionali è dovuta alla difficoltà in questi studi di differenziare l'effetto causale delle diverse condizioni favorevoli il dolore al capezzolo o l'interruzione dell'allattamento al seno e distinguere l'efficacia della frenotomia rispetto a un non intervento.

Discussione

I cinque RCT^{12, 17-20} emersi dalla ricerca sono presentati nella tabella 4. In tutti gli studi le diadi arruolate presentavano difficoltà nell'allattamento o dolore mammario. Solo tre trial hanno previsto una valutazione dell'allattamento tramite misurazione standardizzata: IBFAT (*Infant Breastfeeding Assessment Tool*), LATCH score (*Latching of infant onto the breast, Amount of audible swallowing, Type of nipple, Comfort of mother*,

tabella 3

Revisioni sistematiche e RCT pertinenti allo scenario clinico

RCT	Algar 2009 ²³	Edmunds 2011 ²⁴	Webb 2013 ²⁵	Ito 2014 ²¹	Power 2014 ¹	Francis 2015 ²²	Rowan-Legg 2015 ²
Hogan 2005 ¹²	v	v	v	v	v	v	v
Dollberg 2006 ²⁰		v	v	v	v	v	v
Buryk 2011 ¹⁸			v	v	v	v	v
Berry 2012 ¹⁹			v	v	v	v	v
Emond 2014 ¹⁷					v	v	v

Help needed by mother to hold baby to breast) e BSES-SF (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Shot Form*).

Nell'ultimo anno sono uscite 4 SR^{1,2,21,22}. La revisione giapponese eseguita da un unico Autore, Yasuo Ito, valuta gli studi (4 RCT e 12 studi osservazionali) in base alla classificazione GRADE e considera come outcome primari la capacità del bambino di attaccarsi al seno e il dolore ai capezzoli della madre. Rispetto alla capacità del bambino di attaccarsi al seno, la metanalisi di 2 RCT (51 pazienti)^{12,19} eseguita dall'Autore è a favore della frenotomia rispetto al placebo (RR 2,88; IC 95% 1,82–4,57, grado A, evidenza forte). L'analisi su 3 RCT riferita al dolore al capezzolo^{18–20} ha rilevato una bassa qualità metodologica: 2 studi hanno evidenziato un miglioramento del dolore, anche se uno non ha confrontato l'esito con il gruppo di controllo²⁰, e uno studio non ha rilevato differenze statisticamente significative (grado B, evidenza moderata). Complessivamente Yasuo Ito conclude che l'allattamento al seno è migliorato dalla frenotomia²¹.

Sia Power¹ che Francis²² nelle loro revisioni sistematiche, rispettivamente su *Archives of Disease in Childhood* (2014) e *Pediatrics* (2015), segnalano un numero limitato di studi di qualità sull'efficacia della frenotomia a causa di: difficoltà di misurazione obiettiva del FLC, difficoltà di selezione dei pazienti da sottoporre all'intervento (meno del 50% dei bambini con anchiloglossia incontra problemi con l'allattamento al seno), scarsità di informazioni rispetto alla popolazione studiata (per es. mancanza di dati su precedenti esperienze di allattamento), mancanza di dati a lungo termine sulla durata dell'allattamento al seno. Power¹ conclude che i 5 RCT esaminati, per un totale di 316 pazienti arruolati, evidenziano che la frenotomia sembrerebbe migliorare l'allattamento al seno, anche se l'effetto placebo

è difficile da quantificare. Indica che un periodo di vigile attesa di 2-3 settimane in cui sostenere l'allattamento al seno può essere utile per evitare di sottoporre a frenotomia chi non ne ha reale bisogno, senza andare incontro a un'interruzione precoce dell'allattamento al seno. Anche Francis²² conclude che le prove sottolineano un miglioramento riferito dalla madre nell'efficacia dell'allattamento al seno e una riduzione del dolore ai capezzoli dopo la frenotomia, ma la forza di evidenza è bassa o insufficiente. Infine, la revisione sistematica con position statement della Società Canadese di Pediatria di maggio 2015² conferma le limitazioni sostanziali degli studi attualmente disponibili segnalando, oltre ai limiti già evidenziati dagli altri Autori, il quasi totale passaggio del gruppo di controllo al braccio di studio sottoposto a frenotomia con preclusione a un confronto degli esiti tra i gruppi, e l'osservazione di una sola poppata per gli outcome misurati in modo obiettivo. Questi Autori non raccomandano la frenotomia a tutti i bambini con anchiloglossia, ma indicano che questo intervento sia preso in considerazione quando è identificata una relazione significativa tra anchiloglossia e problemi nell'allattamento al seno; si raccomanda anche il coinvolgimento di un consulente per l'allattamento al seno prima di inviare il neonato all'intervento chirurgico^{23–25}.

Conclusioni

L'intervento di frenotomia appare efficace nel risolvere problemi di allattamento o dolore al capezzolo in una popolazione di lattanti con FLC. Non sempre la causa di queste difficoltà è sostenuta dall'anchiloglossia e le attuali conoscenze non permettono di selezionare una specifica popolazione di bambini con FLC da inviare all'intervento. La frenotomia non ha carattere di urgenza e una attenta osser-

vazione del pediatra nel corso dei giorni, affiancata all'opera di sostegno di un consulente dell'allattamento, potrebbe essere utile per chiarire l'effettiva utilità della frenotomia.

Marta è in buone condizioni di salute e sta riprendendo peso; sulla base di queste considerazioni concordiamo con la mamma di osservare nei prossimi giorni i progressi nelle poppate. Nel nostro distretto è presente un servizio di sostegno all'allattamento al seno; viene contattata dall'ostetrica per una consulenza. A distanza di due settimane dal nostro primo incontro Marta cresce bene e la mamma non segnala dolore. Nonostante la forma a cuore della punta della lingua, la bambina al momento non necessita di frenotomia.

Corrispondenza

madi.marchesi@gmail.com

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

1. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015;100:489-94.

2. Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health* 2015;20:209-18.

3. O'Callahan C, Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77:827-32.

4. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic treatment quandary. *Quintessence Int* 1999;30:259-62.

5. Ruffoli R, Giambelluca MA, Giannesi F. Ankyloglossia: a morphofunctional investigation in children. *Oral Dis* 2005;11:170-4.

6. Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int Breastfeed J* 2006;1(1):3.

tabella 4

Trial Randomizzati Controllati (RCT)

Autore, anno (studio)	Hogan M 2005 (RCT)	Dollberg S 2006 (RCT)	Buryk M 2008 (RCT in singolo cieco)	Berry J 2012 (RCT in doppio cieco)	Emond A 2014 (RCT)
Diagnosi di anchiloglossia	Valutazione del personale paramedico e invio di foto a un <i>lactation consultant</i>	Valutazione da parte di un neonatologo	Valutazione tramite HATLFF da parte di un <i>lactation consultant</i> e del chirurgo	Valutazione soggettiva di un chirurgo pediatrico	Valutazione tramite HATLFF da parte di due <i>lactation consultant</i>
Popolazione e intervento	57 b (e.m. 20 gg): 1° gruppo (28 b) frenotomia immediata, 2° gruppo (29 b) supporto nell'allattamento	25 b (età 1-21 gg): 1° gruppo (14 b) in sequenza: frenulectomia, allattamento, simulazione di frenotomia, allattamento; 2° gruppo (11 b) in sequenza: simulazione di frenotomia, allattamento, frenotomia, allattamento	58 b (e.m. 6 gg): 1° gruppo (30 b) frenotomia, 2° gruppo (28 b): simulazione	57 b (età < 4 m): 1° gruppo (27 b) frenotomia, 2° gruppo (30 b): simulazione	107 b (età < 14 gg): 1° gruppo (55 b) frenulectomia, 2° gruppo (52 b) simulazione
Outcome valutati	Miglioramento nell'allattamento secondo il giudizio materno	LACTH score e riduzione del dolore tramite scala numerica	IBFAT, questionario validato per la misurazione del dolore (<i>Short-Form McGill Pain Questionnaire</i>)	Miglioramento nell'allattamento (outcome primario); riduzione del dolore nell'allattamento (outcome secondario) tramite Liekert scale (1-10)	Outcome primario: LACTH a 5 giorni, outcome secondari: LACTH score a 8 settimane, IBFAT e BSES-SF e scala VAS del dolore a 5 giorni e a 8 settimane; HATLFF a 5 giorni, peso del bambino a 8 settimane
Risultati	Dopo frenulectomia migliore allattamento ($p < 0,001$); il 60% dei bambini sia nel gruppo dei trattati che nei controlli prosegue l'allattamento al seno a 4 mesi	Riduzione significativa del dolore dopo frenulectomia vs simulazione ($p < 0,001$), miglioramento nell'allattamento (LACTH score $p < 0,06$)	Riduzione dolore maggiore nel gruppo con frenulectomia ($p < 0,001$); miglior allattamento nel gruppo con frenulectomia ($p = 0,029$);	Significativo miglioramento soggettivo (77% vs 47%); miglioramento obiettivo non significativo (50% vs 40%); riduzione non significativa del dolore	Differenza non significativa a 5 giorni nel LACTH, nell'IBFAT e nella scala VAS del dolore; significativa differenza nel BSES-SF e nell'HATLFF. A 8 settimane nessuna differenza negli indici di allattamento e nel peso del bambino. Il gruppo di controllo ha presentato un miglioramento del BSES-SF tra 5 gg e 8 settimane
Follow-up	Valutazione a 24 ore, dopo 1, 2, 3, 4 settimane e dopo 4 mesi	Non eseguito	Valutazione subito dopo la procedura e dopo 2 settimane; valutazione allattamento al seno a 2, 6, 12 settimane	Valutazione subito dopo la procedura, un giorno dopo e 3 mesi dopo	Valutazione a 5 giorni e a 8 settimane
Commenti	Mancanza di una misura obiettiva di miglioramento dell'allattamento; dopo 48h 28 su 29 dei controlli hanno richiesto frenotomia	10 su 11 nel gruppo di controllo hanno optato per la frenotomia entro due settimane;	27 su 28 nel gruppo di controllo hanno optato per la frenotomia entro due settimane	Tutti i pazienti del gruppo di controllo sono stati successivamente sottoposti a frenotomia	Se anchiloglossia severa ($HATLFF < 6$) veniva offerta subito la frenotomia. 35/52 a 5 giorni ha richiesto la frenotomia per persistenza di problemi nell'allattamento; a 8 settimane solo 8/52 del gruppo di controllo non era stato sottoposto a frenotomia. Solo il 12% del gruppo di controllo senza frenotomia allattava al seno a 8 settimane vs l'80% di chi si era sottoposto a frenotomia

7. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015; 100(4):F344-8.
8. Hazelbaker A. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF). Use in a lactation consultant private practice. Pasadena, CA: Pacific Oaks College, 1993.
9. Madlon-Kay DJ, Ricke LA, Baker NJ, et al. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual function. *Midwifery* 2008;24:353-7.
10. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122: e188-e194.
11. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.
12. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41:246-50.
13. Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding? *J Hum Lact* 2004;20:409-14.
14. Ovental A, Marom R, Botzor E, et al. Using topical benzocaine before lingual frenotomy did not reduce crying and should be discouraged. *Acta Paediatr* 2014;103:780-2.
15. Constantine AH, Williams C, Sutcliffe AG. A systematic review of frenotomy for ankyloglossia (tongue tie) in breastfed infants. *Arch Dis Child* 2011;A62 96(Suppl 1):A1-A100.
16. Vogel L. Low-risk: 20snip may help tongue-tied infants breastfeed. *CMAJ* 2014; 186:20.
17. Emond A, Ingram J, Johnson D, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2014;99:F189-95.
18. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280-8.
19. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:189-93.
20. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Paediatr Surg* 2006;41:1598-600.
21. Ito Y. Does frenotomy improve breast-feeding difficulties in infants with ankyloglossia? *Pediatr Int* 2014;56:497-505.
22. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Pediatrics* 2015;135:e1458-e1466.
23. Algar V. Question 2. Should an infant who is breastfeeding poorly and has a tongue tie undergo a tongue tie division? *Arch Dis Child* 2009;94(11):911-2.
24. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 2011;19(1):19-26.
25. Webb AN, Hao W, Hong P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: a systematic review. *Int J Paediatr Otorhinolaryngol* 2013;77(5):635-46.

Comunicato stampa

8° Rapporto del Gruppo CRC sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia



ACP, in seguito alla pubblicazione dell'8° Rapporto di monitoraggio del Gruppo CRC che fa il punto sull'attuazione della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, ha diffuso un comunicato stampa. «In Italia 1 bambino su 7 nasce e cresce in condizioni di povertà assoluta, 1 su 20 assiste a violenza domestica e 1 su 100 è vittima di maltrattamenti. [...] Più di 8 bambini su 10 non possono usufruire di servizi socio-educativi nei primi tre anni di vita e 1 su 10 nell'età compresa tra i 3 e i 5 anni. Nel 2013 in Italia sono andati al nido solo 218.412 bambini, pari al 13,5% della popolazione sotto i tre anni. E la situazione nel Mezzogiorno è ancora più grave, se si considera che tutte le regioni del Sud si collocano sotto la media nazionale, come la Sicilia con appena il 5,6% dei bambini che ha avuto accesso al nido; la Puglia con il 4,4%; la Campania con il 2,7% e la Calabria con il 2,1%.

Il Rapporto evidenzia che, a vent'anni esatti dal primo Rapporto sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC), inviato dall'Italia al Comitato ONU per la CRC, "il sistema organico di politiche per l'infanzia" su cui il nostro Paese si era impegnato con la ratifica della Convenzione non è stato realizzato.

Il Comunicato stampa e il testo completo del Rapporto sono disponibili sul sito www.acp.it