

**Progetto di assistenza all'adolescente attraverso un programma di regionalizzazione e di standardizzazione delle strategie di intervento**  
**Documento della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA)**

Giuseppe Raiola<sup>1</sup>, Vincenzo De Sanctis<sup>2</sup>, Silvano Bertelloni<sup>3</sup>, Salvatore Chiavetta<sup>4</sup>,  
 Luigi Ranieri<sup>5</sup>, Michele De Simone<sup>6</sup>, Piernicola Garofalo<sup>7</sup>, Maria Rita Govoni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Pediatria - U.O.S. di Auxoendocrinologia e Medicina dell'Adolescenza - A.O. "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro; <sup>2</sup>U.O.C. di Pediatria ed Adolescentologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Arcispedale S. Anna, Ferrara; <sup>3</sup>Dipartimento di Pediatria, Università di Pisa, Ospedale "S. Chiara", Pisa; <sup>4</sup>Pediatria di Famiglia, Palermo; <sup>5</sup>Pediatria di Famiglia, Catanzaro; <sup>6</sup>Clinica Pediatrica - Dipartimento MISP-Università, L'Aquila; <sup>7</sup>Sezione di Endocrinologia Pediatrica, Ospedale "V. Cervello", Palermo

L'adolescenza può essere definita come "il periodo della vita di un individuo il cui inizio coincide con la comparsa dei primi segni morfo-funzionali e/o psicosociali di maturazione puberale ed il cui termine coincide con il raggiungimento della maggiore età"; tuttavia si ritiene oggi che l'età in cui termina l'adolescenza rimanga poco definibile in termini cronologici, potendo sopravanzare la conclusione di quella che comunemente viene definita come "età evolutiva (cioè 0-18 anni) in conseguenza di condizioni mediche e/o psico-sociali che ritardano l'acquisizione dell'indipendenza tipica del soggetto adulto (1). A tal proposito, vi è stata una modificazione dei limiti cronologici di questa fascia di età, tanto che alcune società scientifiche tendono a protrarre l'adolescenza fino alla terza decade di vita (Tabella 1).

Dunque, l'adolescenza rappresenta l'età di passaggio dall'infanzia, all'età adulta, inserita in un continuum che non prevede divisioni cronologiche ben definite. In questa fase della vita si compie un processo di maturazione biologica, in rapporto a profonde modificazioni dell'assetto ormonale, e contemporaneamente si ha un'evoluzione del pensiero cognitivo e morale; nel loro insieme, tali processi sono finalizzati al raggiungimento della fertilità e al pieno inserimento nella società degli adulti. Condizioni mediche o psicosociali che alterano il fisiologico decorso dell'adolescenza possono quindi avere ripercussioni negative non solo in questa età ma per tutta la vita successiva. Utilizzando i limiti indicati in Italia, cioè 11-18 anni, secondi i dati ISTAT sulla popolazione residente, al 1° gennaio 2005 vivevano nel nostro Paese circa 4 milioni e mezzo di adolescenti, pari a circa l'8% della popolazione (2). Merita di essere sottolineato che di questi circa il 9% risulta affetto da almeno una malattia cronica, percentuale che sale a circa il 12% se si considera la fascia 14-19 anni. Si deve, inoltre, osservare un fenomeno del tutto nuovo rappresentato dal fatto che già a questa età il 2% degli adolescenti risulta

Tabella 1. Limiti cronologici dell'adolescenza.

Organizzazione	Anno	Limiti (anni)
Organizzazione Mondiale della Sanità	1975	10-20
Società Italiana di Pediatria	1995	11-18
Accademia Americana di Pediatria	1995	11-21
Società di Medicina Adolescenza (USA)	1995	10-25

affetto da due o più malattie croniche, anche come conseguenza del miglioramento delle possibilità di cura per patologie fino a poco tempo fa precocemente fatali. Un altro fenomeno del tutto emergente è rappresentato dalla mutietnicità dell'attuale popolazione adolescenziale, che ha risvolti ed implicazioni assistenziali e psico-educative importanti, anche come sfida all'integrazione di culture e tradizioni diverse.

**I** dati sulla "Situazione sanitaria del Paese" (Ministero della Salute, 2006) dimostrano, inoltre, una situazione preoccupante per quanto riguarda i comportamenti sessuali a rischio, le malattie sessualmente trasmesse, l'abuso di alcolici, tabacco e droghe, per le quali è stato messo in evidenza, oltre ad una maggiore tolleranza tra i giovani, anche una più precoce età di inizio a tali comportamenti, suggerendo che i programmi di prevenzione fino ad oggi utilizzati non abbiano dato i risultati sperati. È inoltre evidente nella cronaca quotidiana il problema sempre più diffuso del bullismo che sfocia, ormai troppo spesso, in atti di vera e propria criminalità minorile. Insita nel concetto di "promozione alla salute" è la necessità di intervenire per impedire o limitare il verificarsi e/o il diffondersi di avvenimenti sfavorevoli e/o dannosi, attraverso l'azione preventiva. Dunque, è proprio nell'ambito dell'adolescenzialità che il pediatra deve riscoprire e valorizzare il proprio ruolo di "medico dello sviluppo e dell'educazione", termine con il quale è stato indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ciò si dovrebbe realizzare con la presa in carico del ragazzo (care), anche educandolo a condurre la propria vita in modo da saper riconoscere ed evitare le principali situazioni a rischio capaci di comprometterne la salute (benessere fisico, psichico e sociale).

**O**ggi, le nuove strategie di prevenzione devono essere orientate verso la scoperta e il potenziamento delle risorse

personali e sociali proprie di ogni individuo; lo scopo è quello di mettere al centro del percorso l'adolescente nella sua interezza psico-fisica, superando i "vecchi" programmi centrati sulle malattie e sulle situazioni a rischio, orientando maggiormente la prevenzione verso il sostegno ai bisogni naturali di crescita, piuttosto che alla sola riduzione dei fattori di rischio e sulle ricadute sociali dei propri comportamenti. Per raggiungere tale scopo è fondamentale una diversa formazione degli operatori che dovrebbero essere in grado di fornire "motivazioni reali per indurre i giovani a modificare i comportamenti individuali", aiutandoli nella loro crescita umana e sociale e rivolgendo particolare attenzione ai soggetti che sembrano a maggior rischio psico-sociale.

**U**n'adeguata formazione in medicina dell'adolescenza secondo queste nuove modalità stenta a però a realizzarsi nell'ambito della formazione curriculare del medico (Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in Pediatria o Corso di formazione per medici di medicina generale).

**D**al punto di vista assistenziale la situazione non è migliore. Dati epidemiologici indicano che oltre l'85% degli adolescenti italiani con età maggiore di 14 anni viene ricoverato in reparti non idonei per i soggetti in fase di crescita, cioè in quelli per adulti. Quelli ricoverati in Area Pediatrica, sono assistiti insieme ai bambini piccoli, quindi in spazi non adeguati per i loro bisogni di privacy e crescita. A livello territoriale, i circa 7400 pediatri di famiglia assistono meno del 50% degli adolescenti con età tra gli 11 e i 14 anni e solo pochissimi oltre questa età; i rimanenti sono in carico ai medici di medicina generale o, spesso, solo ai servizi di emergenza/urgenza (pronto soccorso, medici della continuità assistenziale, che non possono ovviamente garantire attività di presa in carico e prevenzione.

I ragazzi con patologia cronica hanno un'assistenza frammentata tra centri specialistici e territoriali, spesso senza alcun collegamento tra i vari servizi. La medicina scolastica è stata abolita nella maggioranza del paese e la pediatria di comunità è una realtà molto carente.

Trovare soluzioni a queste carenze non è semplice né è realizzabile in tempi brevi, ma è ormai indispensabile affrontare in maniera organica e collegiale il problema dei sistemi assistenziali e tracciare una chiara e comune linea programmatica che possa concretizzarsi in programmi di prevenzione e modelli di presa in carico dell'adolescente (2-5).

La Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA) propone che:

- **Dal punto di vista formativo**, per colmare le lacune esistenti e assicurare competenze omogenee in questo settore su tutto il territorio nazionale, l'adolescentologia medica abbia un ruolo preminente nei programmi di Educazione Medica Continua (ECM), sia per pediatri che per gli altri professionisti ed operatori sanitari che si occupano di adolescenti; nella programmazione e realizzazione di tali programmi è fondamentale l'apporto della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA) per il background culturale e l'esperienza acquisita in tale ambito in oltre 13 anni di attività.
- **Dal punto di vista assistenziale**, si propone un modello organizzativo articolato in 2 livelli:
  1. Primo livello, identificabile con i Medici delle Cure Primarie e i Servizi territoriali, con compiti di educazione sanitaria, prevenzione, filtro e, quando possibile, trattamento delle condizioni più comuni nella età adolescenziale sia in ambito individuale che collettivo, con particolare attenzione al mondo della scuola. A livello delle cure prima-

rie, inoltre, dovrebbe essere sviluppato un "Progetto Salute Adolescente", che preveda l'esecuzione di bilanci di salute dedicati ad età filtro, anche attraverso modalità di chiamata attiva. Tali bilanci dovrebbero sostituire pregresse forme di intercettazione delle patologie adolescenziali, oggi non più presenti, usualmente tardivi, o dedicati solo a parte della popolazione (es. visita di leva). Per svolgere queste funzioni, gli operatori coinvolti (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, pediatri di comunità, infermieri pediatrici, etc.) dovranno possedere specifiche conoscenze e competenze di adolescentologia, accreditate da percorsi ECM, certificati dalla SIMA di concerto con le Istituzioni sanitarie nazionali (6).

2. Secondo livello: questo viene identificato in strutture multidisciplinari localizzate all'interno dell'Area Pediatrica, che dovranno attivare, oltre a servizi ambulatoriali e day hospital, un numero adeguato di posti letto per adolescenti in aree di degenza specifiche, programmate in base a dati epidemiologici regionali. Tali strutture dovranno essere dirette da un pediatra con riconosciuta competenza in medicina dell'adolescenza, anche sulla base di un percorso di accreditamento individuato dalla SIMA e validato dalle istituzioni sanitarie (5, 7). Il secondo livello ha anche compiti di produrre cultura e di collaborare con le strutture di I livello che si occupano di adolescenti in un modello integrato a rete.

- Devono essere istituite **modalità programmate di passaggio assistenziale (transizione)** tra i servizi pediatrici e i servizi dell'adulto. Questa fase di transizione (tra pediatra di famiglia e medico di medicina generale) dovrà essere gestita attraverso protocolli, riconosciuti in ambito di contrattazione nazionale, che consentano al nuovo curante, oltre che la presa in cura

dell'adolescente, anche l'acquisizione di informazioni certe non solo sul suo stato sanitario ma anche sugli aspetti di tipo sociale e relazionale più rilevanti. Il secondo livello assistenziale dovrà provvedere alla transizione degli adolescenti affetti da patologie croniche complesse, che necessitano di essere presi in carico dai centri specialistici dell'adulto, secondo percorsi accreditati anche sulla base di esperienze nazionali ed internazionali.

**I**n conclusione, per raggiungere gli obiettivi indicati sono necessarie le seguenti fondamentali condizioni:

1. *adeguata competenza adolescentologica;*
2. *formazione continua degli operatori;*
3. *ascolto, servizi di rete, anche mediante la strutturazione di una nuova medicina scolastica, da sviluppare sul modello delle "school clinics" sperimentate con successo in altri paesi.*

Inoltre i programmi di prevenzione dovrebbero basarsi sul concetto che la crescita di una coscienza collettiva e individuale presuppone una maturazione culturale che può essere raggiunta solo attraverso l'attivo coinvolgimento in ambito familiare, scolastico e sociale. Il lavorare quotidianamente con gli adolescenti ci ha insegnato e ci insegna che i ragazzi sono molto attenti ai problemi medici e sociali che li riguardano, con una grande sensibilità che va analizzata, indirizzata e valorizzata in modo che questa non venga dispersa dalla mancanza d'informazione e dalla inadeguata formazione. In effetti, i giovani stessi sono una risorsa preziosa che può e deve contribuire positivamente alla risoluzione di molti problemi; per tale motivo è indispensabile che essi vengano coinvolti in prima persona in tutte le attività di prevenzione a essi destinate. Per la realizzazione delle varie iniziative la SIMA si propone come soggetto scientifico di riferimento, richiedendo il suo coin-

volgimento attivo in tutte le iniziative future sui progetti di salute per l'adolescente.

#### **Bibliografia**

1. OMS. Rapport technique n. 308. Les problèmes de santé de l'adolescence. Genève 1965.
2. Perletti L, Lispi L. L'organizzazione dell'assistenza per l'adolescente: l'ospedale. X Congresso Nazionale, Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza. Scripta Manent Ed., Cagliari: 22-24 ottobre 2003, 11-17.
3. De Sanctis V. Assistenza all'adolescente. Strategie di intervento per migliorare la qualità: il ruolo dell'ospedale. *Minerva Pediatr* 2004; 56 (Suppl. 1 al n. 2):20-24.
4. De Sanctis V, Bertelloni S, Marinello R, Pintor C, Raiola G. Medicina dell'Adolescenza. *Quaderni Pediatria* 2006; 1:57-58.
5. Saggese G, Bertelloni S. Politiche sanitarie a favore degli adolescenti. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 2000; 26:704-707.
6. Marinello R. L'adolescente ed il pediatra di famiglia. *Doctor Pediatria* 1996; 6:21-26.
7. Aicardi G, Benso L, Bergamo F, De Sanctis V et al. L'assistenza agli adolescenti: problemi medico-giuridici, bisogni, aree di intervento, ipotesi organizzative di strutture sul territorio. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1983; 9:221-228.

Documento pubblicato - in italiano - sull'organo ufficiale della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza [*Riv Ital Med Adol* 2007; 5(3): 5-7] e - in inglese - sull'organo ufficiale della Società Italiana di Pediatria [*Ital J Pediatr* 2007;33:128-131].