

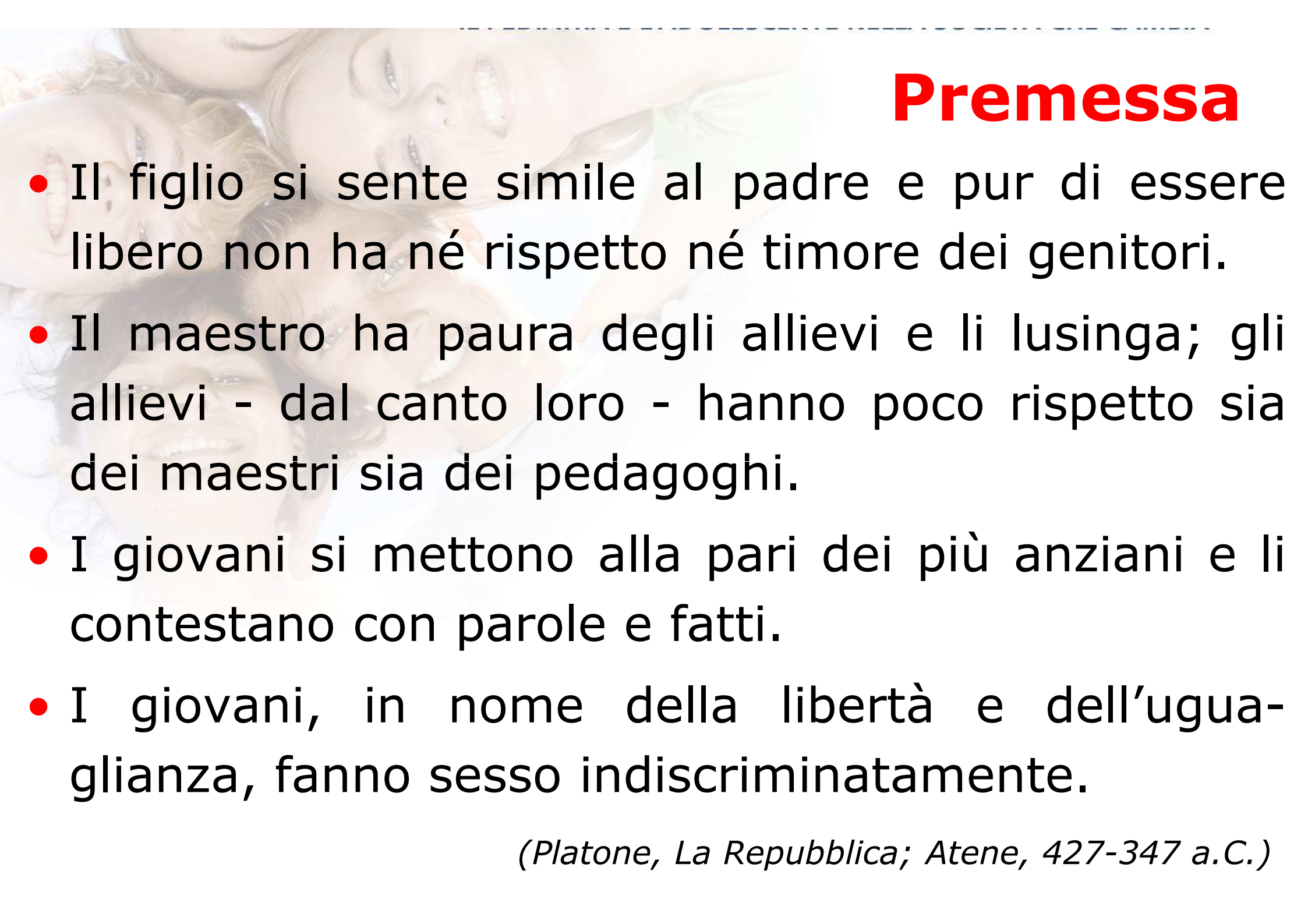
L'Adolescenza nei Vari Periodi Storici

Silvano Bertelloni

Medicina dell'Adolescenza – U.O. Pediatria II

Dipartimento Materno-Infantile – AOUP Pisa

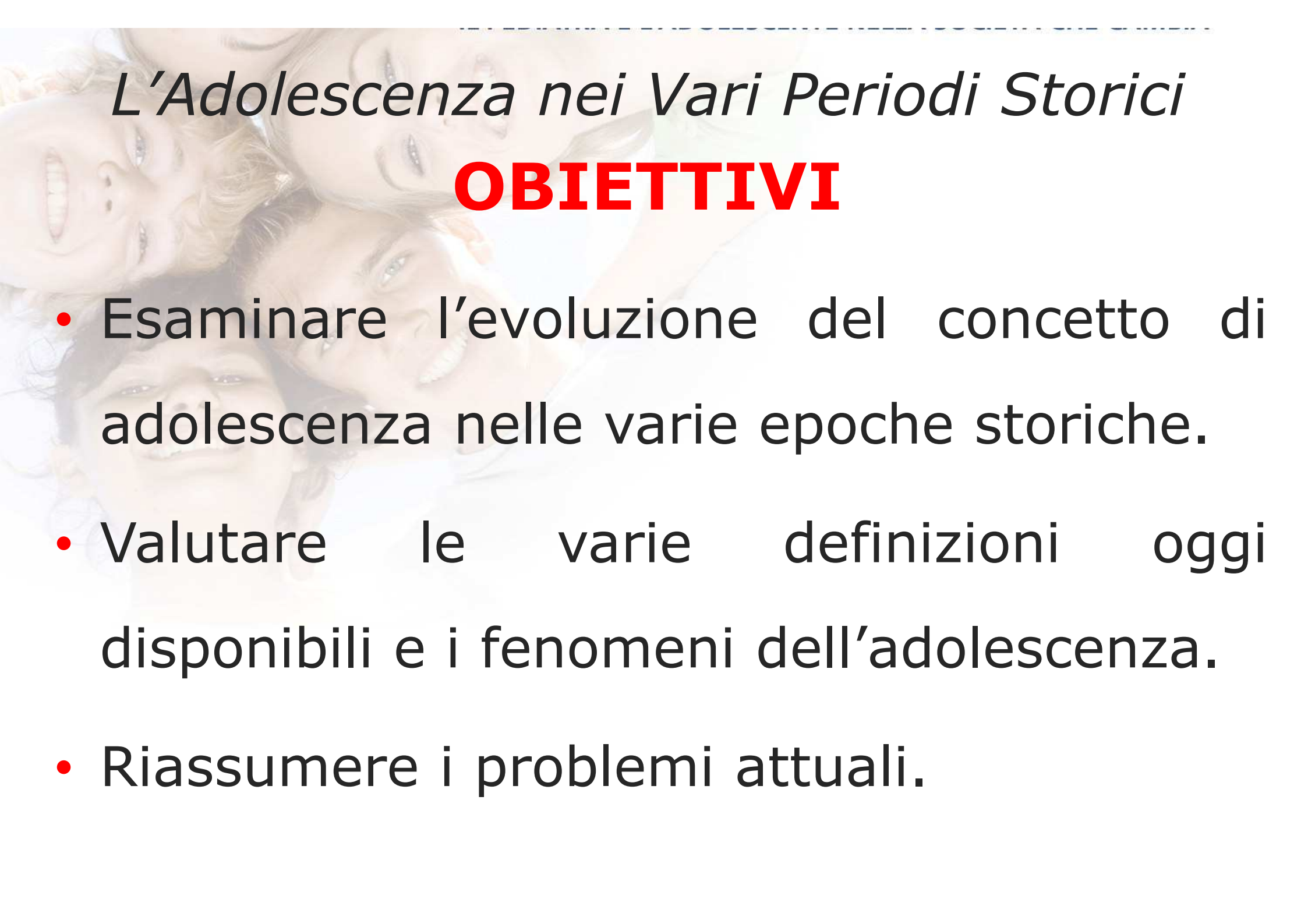




Premessa

- Il figlio si sente simile al padre e pur di essere libero non ha né rispetto né timore dei genitori.
- Il maestro ha paura degli allievi e li lusinga; gli allievi - dal canto loro - hanno poco rispetto sia dei maestri sia dei pedagoghi.
- I giovani si mettono alla pari dei più anziani e li contestano con parole e fatti.
- I giovani, in nome della libertà e dell'uguaglianza, fanno sesso indiscriminatamente.

(Platone, La Repubblica; Atene, 427-347 a.C.)

A background image showing a collage of smiling young people's faces, tilted at various angles, creating a vibrant and youthful atmosphere.

L'Adolescenza nei Vari Periodi Storici

OBIETTIVI

- Esaminare l'evoluzione del concetto di adolescenza nelle varie epoche storiche.
- Valutare le varie definizioni oggi disponibili e i fenomeni dell'adolescenza.
- Riassumere i problemi attuali.

L'Adolescenza nei Vari Periodi Storici

<i>Paese</i>	<i>periodo</i>	<i>definizione/età/modello</i>
Cina	III sec. A.C.	"uomo di pochi anni"
Grecia	III sec. A.C.	Alessandro Magno (20-22 aa)
Roma	I-II sec. A.C.	14/15 → 22/28 aa* (<i>Varrone</i>)
Roma	III sec. D.C.	14 aa = età legittima [°] (fine fanciull.) 25 aa = maggiore età
Longobardi	VII sec. D.C.	12 aa = età legittima [°] (fine fanciull.) 18 aa = maggiore età
Franchi	IX sec. D.C.	14 aa = maggiore età

*Pater familias = unico ad avere piena personalità giuridica

[°]con possibilità di compiere vari atti di valore legale

FINO AL XV SECOLO
**INFANZIA E ADOLESCENZA APPAIONO CONFUSE
E INDISTINTE NELLA PERCEZIONE SOCIALE**

**“UOMINI IN
MINIATURA”**

- L'arte medievale fino al XII secolo *non conosceva l'infanzia o non tentava di rappresentarla*: i bambini sono degli “***adulti in miniatura***”.
- Il rifiuto dei tratti specifici dell'infanzia: un ometto.



(L. Lotto, 1480-1556)



(B. Barthel, 1571-1610)

Perciò gli scolari di grammatica, ossia gli scolari più giovani, tra gli otto e i quindici anni al massimo, in Francia non rimasero separati dagli studenti di filosofia, che erano intorno ai quindici. Questi, molto per tempo, furono assorbiti dal collegio, con quelli che studiavano grammatica. Dal punto di vista dell'età sembrava così ricostituita la situazione dei secoli XII e XIII, per lo meno nel caso del ciclo di studi più corto, quello del Cornificio di Giovanni di Salisbury. Ricostituita ma anche arrovesciata; in quanto nei secoli XII e XIII i bambini di dieci anni e i ragazzi di quindici erano mescolati agli adulti, mentre dal XIV secolo in poi, e soprattutto nel Quattrocento, nonostante un tentativo di separazione che, almeno in Francia era fallito, si trovavano ancora ad esser mescolati fra loro, ma divisi dal mondo degli adulti per il fatto di esser chiusi in collegio.

Solo in collegio sussiste una tale separazione tra le età. Nella società del tempo il ragazzo tra i tredici e i quindici è già uomo fatto e partecipa alla vita dei grandi senza che nessuno se ne meravigli. Costume che si manterrà ancora a lungo. Il collegio si presenta dunque come distaccato dalla società e in posizione avanzata rispetto ad essa. Nelle istituzioni scolastiche si esprime un atteggiamento innovatore, indubbiamente consapevole solo in parte del proprio progressismo, che, pur restando isolato, agirà nel suo ambito sociale riuscendo a farvi fermentare i germi di una sensibilità nuova.

Philippe Ariès, Padri e figli nell'Europa medievale e moderna
Laterza, Roma-Bari, 1969, p. 187

Émile (o dell'educazione)

(J-J Rousseau, 1762)

Romanzo pedagogico in quattro parti, corrispondenti alle quattro fasi fondamentali della vita del minore:

- **dalla nascita fino a quando il bambino è in grado di parlare** (prime esperienze con le realtà esterne).
- **fino ai dodici anni** (esperienze sensoriali: il criterio in base a cui valutare tali esperienze è costituito dal piacere e dal dolore).
- **dai dodici ai quattordici anni**: educazione morale e religiosa (acquisizione pensiero astratto).
- ***L'adolescente è pronto per entrare nella società e ricerca la donna della sua vita.***

Lavoro Minorile: Cronologia Legislativa

Anno	limite minimo di età
'800	Inizio industrializzazione (↓ civiltà contadina).
1907	Max 11 h/die tra 12-15 anni-
1934	Protezione delle " mezze forze " di lavoro (lavoratori in età giovanile e donne, con particolare riguardo tutela integrità fisica, morale e salute).
1948	Costituzione: individua la necessità di un limite minimo di età per il lavoro salariato.
1967	14 anni.
1999	15 anni.
2007	16 anni.

A. Persiani. Tesi di Laurea in sociologia del diritto
Lavoro minorile. Università di Firenze

ADOLESCENTOLOGIA IN ITALIA

"a bit of history"

- 1802** 1ª Cattedra di Pediatria (*Università della Toscana, Pisa*).
- 1898** Costituzione Società Italiana di Pediatria (SIP) (**Jacobi A.** *"Il bambino non è un adulto in miniatura"*, 1889).
- 1974** Tavola rotonda *"Limiti cronologici e di competenze della moderna pediatria: 0-16 anni"* (**Moderatore G.R. Burgio**).
- 1975** Costituzione del *"Gruppo di Studio SIP: Adolescenza"* (**Aicardi, Bergamo, Burgio, Cacciari, De Toni, Klain, Prosperi**).
- 1978** Documento SIP *"Area Pediatrica"* (età pediatrica 0-16 anni) (**Presidente G.R. Burgio**).
- 1992** Costituzione ***"Società Italiana di Medicina della Adolescenza"*** (affiliata SIP).
- 1993** I Congresso Nazionale *"Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza"* (Cagliari.)



Consigli Direttivi 1993-2008



Presidente	Vice-Pres.	Tesoriere	Consiglieri
C. Vullo	C. Pintor	V. De Sanctis	T. De Toni, A. Marchi, G. Saggese, E. Silvio.
T. De Toni	G. Saggese	V. De Sanctis	C. Colistra, A. Marchi, E. Silvio, C. Spaggiari.
G. Saggese	V. De Sanctis	A. Marchi	G. Bona, E. Franceschini, G. Raiola, G. Russo.
V. De Sanctis	C. Pintor	G. Raiola	S. Bertelloni, A. Cervo, S. Chiavetta, G. De Luca
G. Raiola	S. Bertelloni	S. Chiavetta	M. De Simone, P. Garofalo, M.R. Govoni, L. Ranieri
S. Bertelloni	P. Garofalo	M. DeSimone	S. Chiavetta, G. De Luca D. Lombardi, L. Ruggiero

Segretario Amministrativo Mario Ciocca

L'Adolescenza nei Vari Periodi Storici

OBIETTIVI

- Esaminare l'evoluzione del concetto di adolescenza nelle varie epoche storiche.
- Valutare le varie definizioni oggi disponibili e i fenomeni dell'adolescenza.
- Riassumere i problemi attuali.

CHI SONO GLI ADOLESCENTI OGGI?

<i>Ente</i>	<i>Paese</i>	<i>Anno</i>	<i>Limiti, aa</i>
OMS	—	1975	10 – 20
SIP	Italia	1978	11 – 16
AAP	USA	1995	11 – 21
SAM	USA	1995	10 – 25°
SIMA	Italia	2006	10 – 18*

°1. inizio adolescenza = inizio sviluppo puberale;

2. fine adolescenza = acquisizione status adulto (*sociale/economico*)

*1. *inizio fin da 8-9 aa, se pubertà precoce/anticipata;*

2. estensione fino alla III-IV decade di vita nel caso di individui con patologie croniche (*IJP, 2007; Acta Paediatrica, 2008*).

BAMBINI E ADOLESCENTI IN ITALIA

(n. 10.683.69; ~18.0% della popolazione)

POPOLAZIONE
ITALIANA

59.131.287

BAMBINI

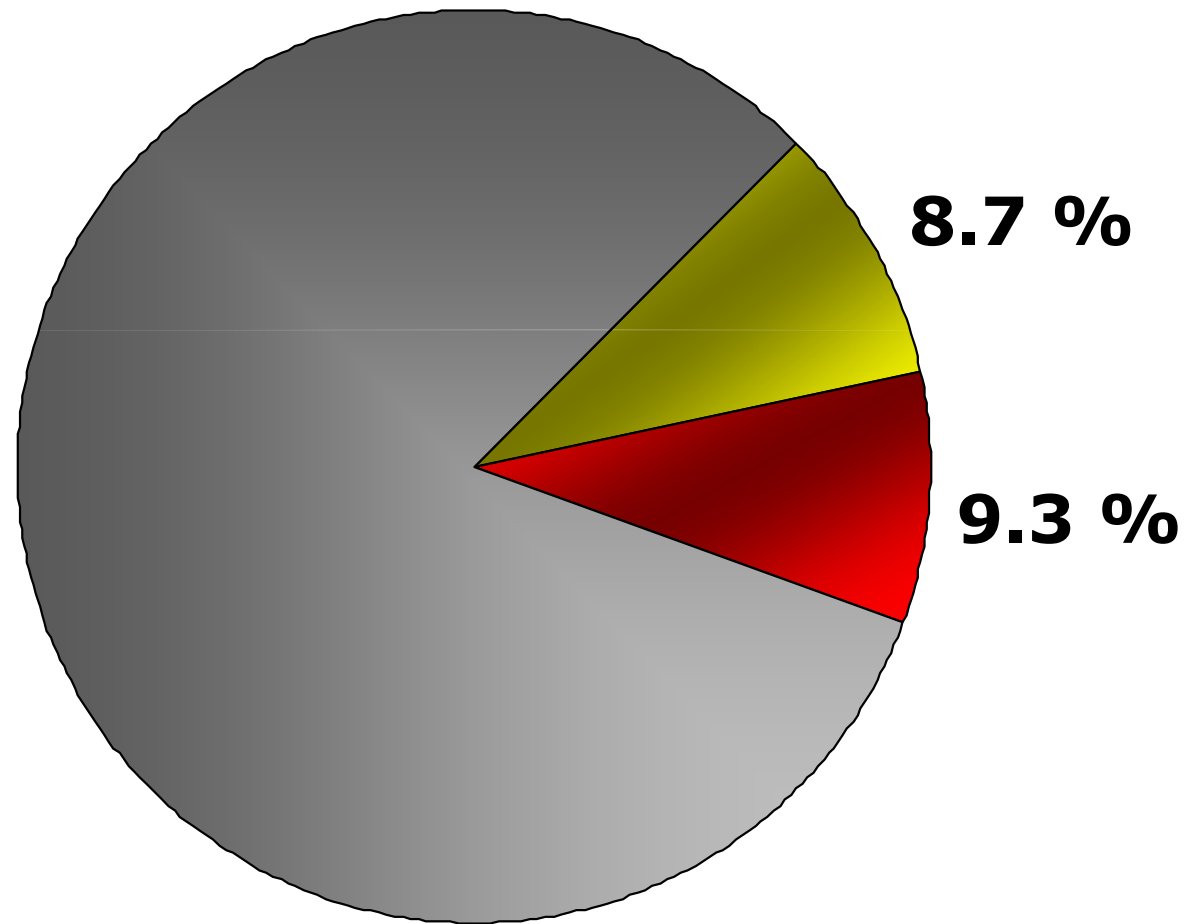
(0 - 9 anni)

5.522.939 (9.3 %)

ADOLESCENTI

(10-18 anni)

5.160.753 (8.7%)

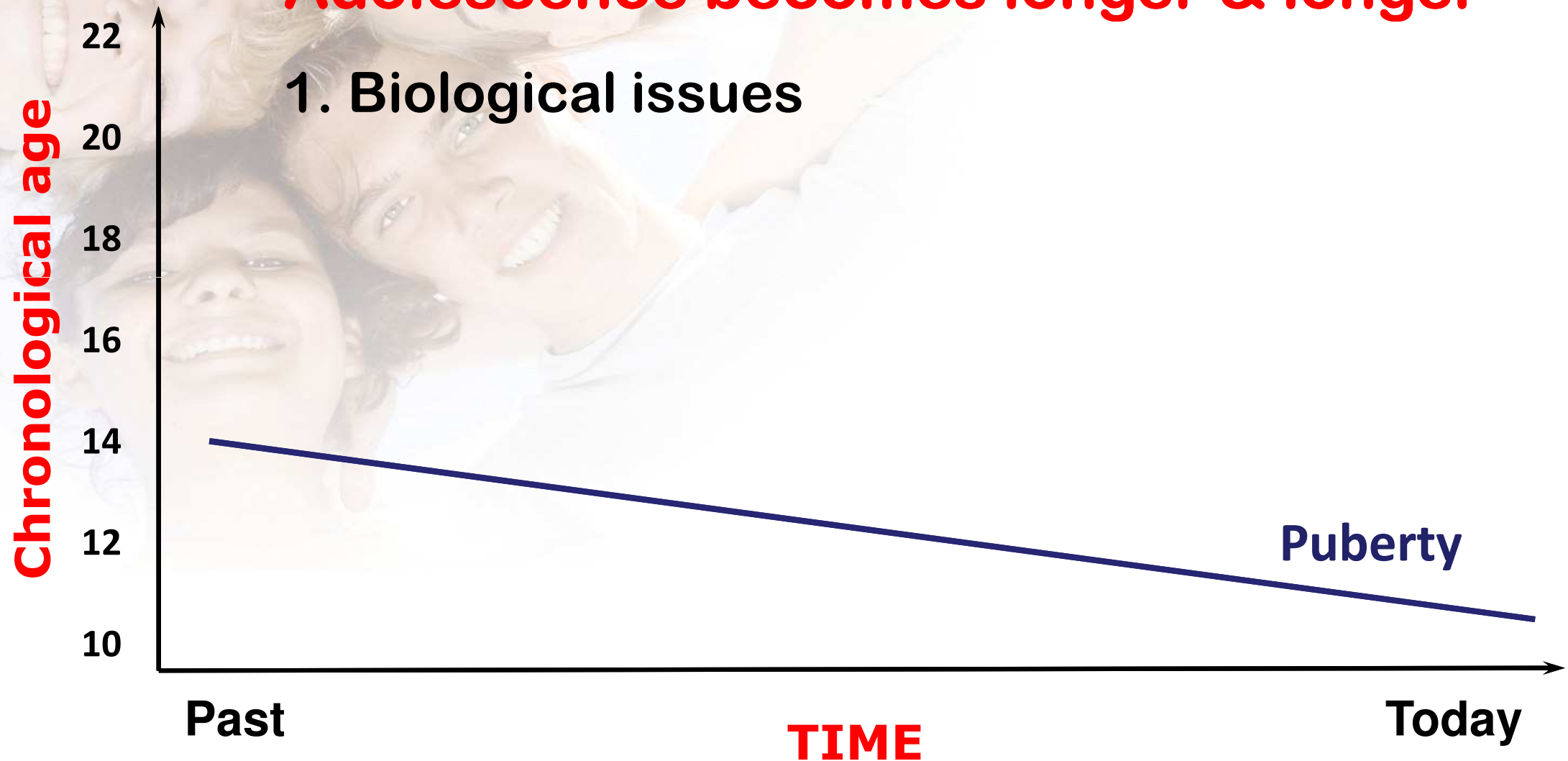


(1 gennaio 2007; Istat)

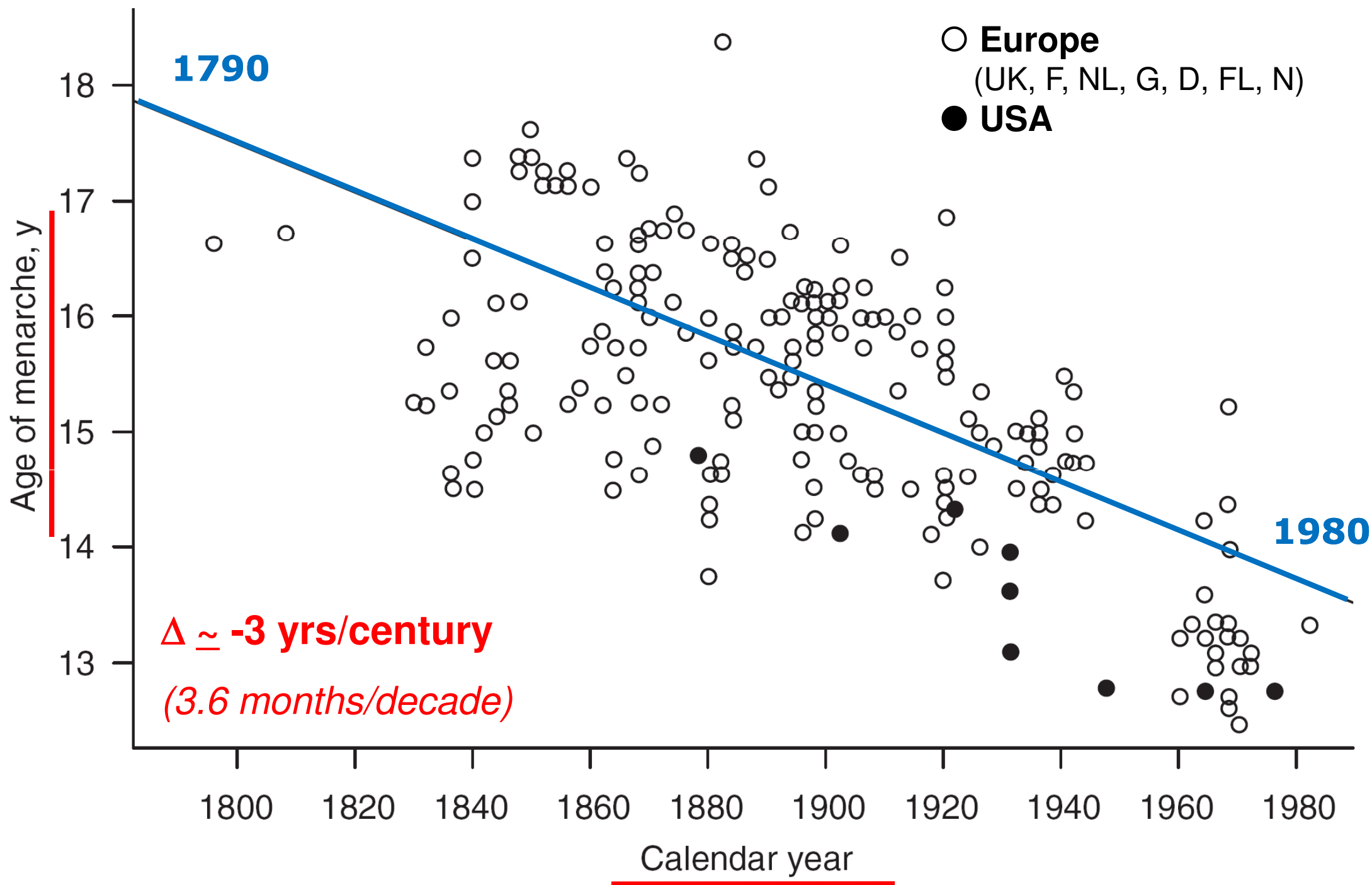
ADOLESCENCE IN A TRANSITIONAL SOCIETY

Adolescence becomes longer & longer

1. Biological issues



(Michaud & al., 1984)



(Ong et al, '06; Euling et al, '08)

Age, yrs

20

10

Menarche

Psychosocial
maturation

Mismatch

Relationship
between the
range of ages
of menarche
(**green**)
& achievement
of psycho-
social maturity
(**pink**)

Agriculture
settlement

Industrial
revolution and
social
improvement

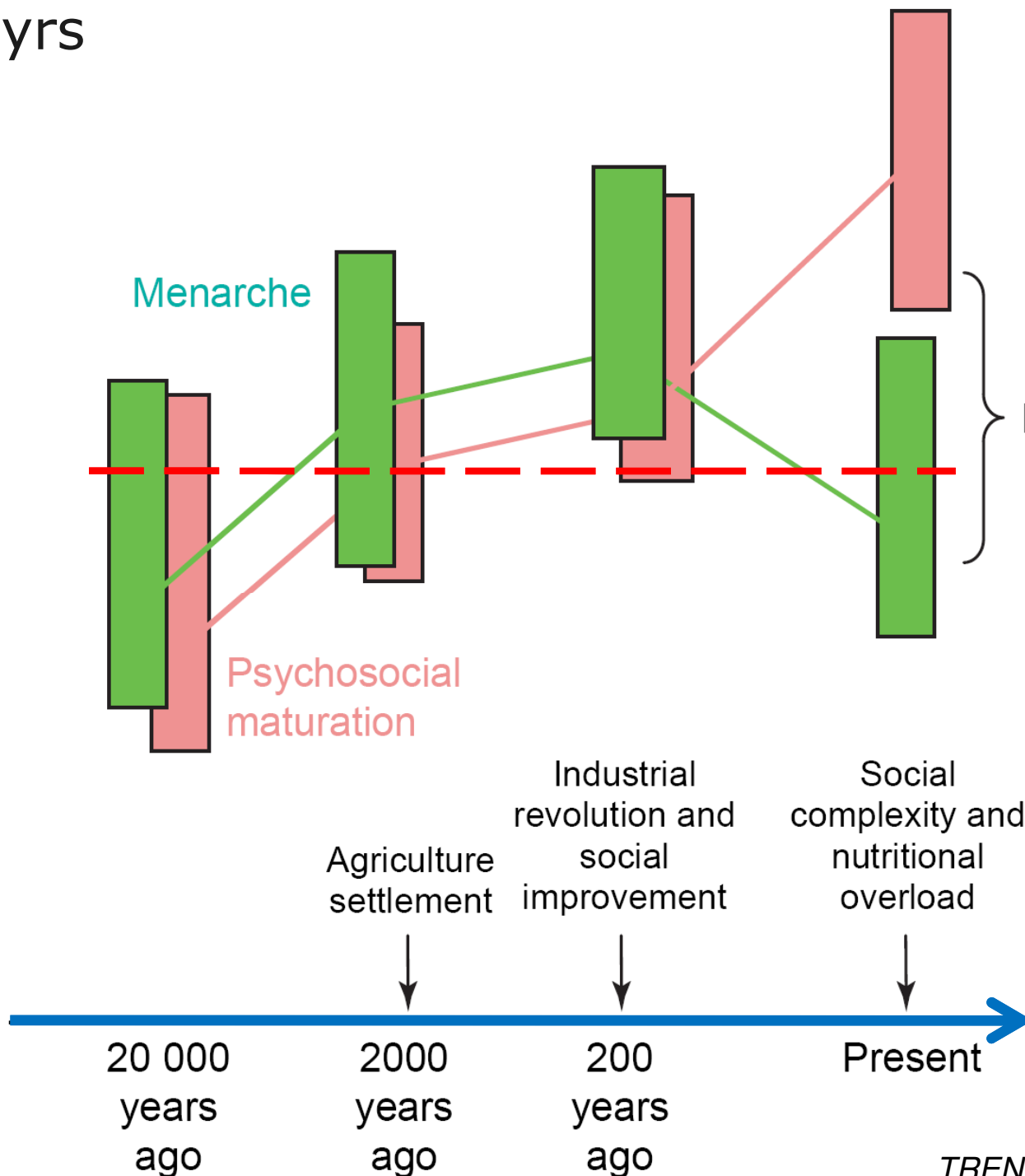
Social
complexity and
nutritional
overload

20 000
years
ago

2000
years
ago

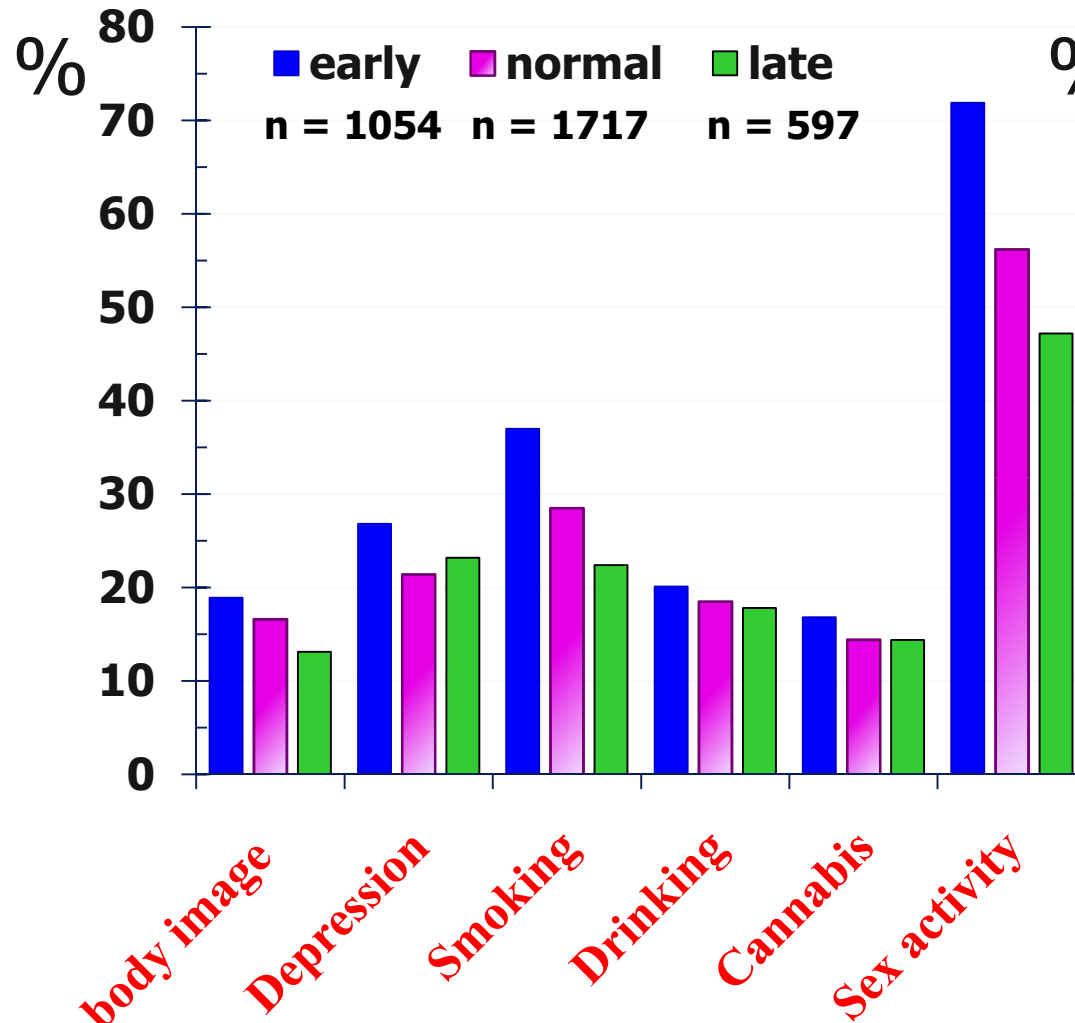
200
years
ago

Present

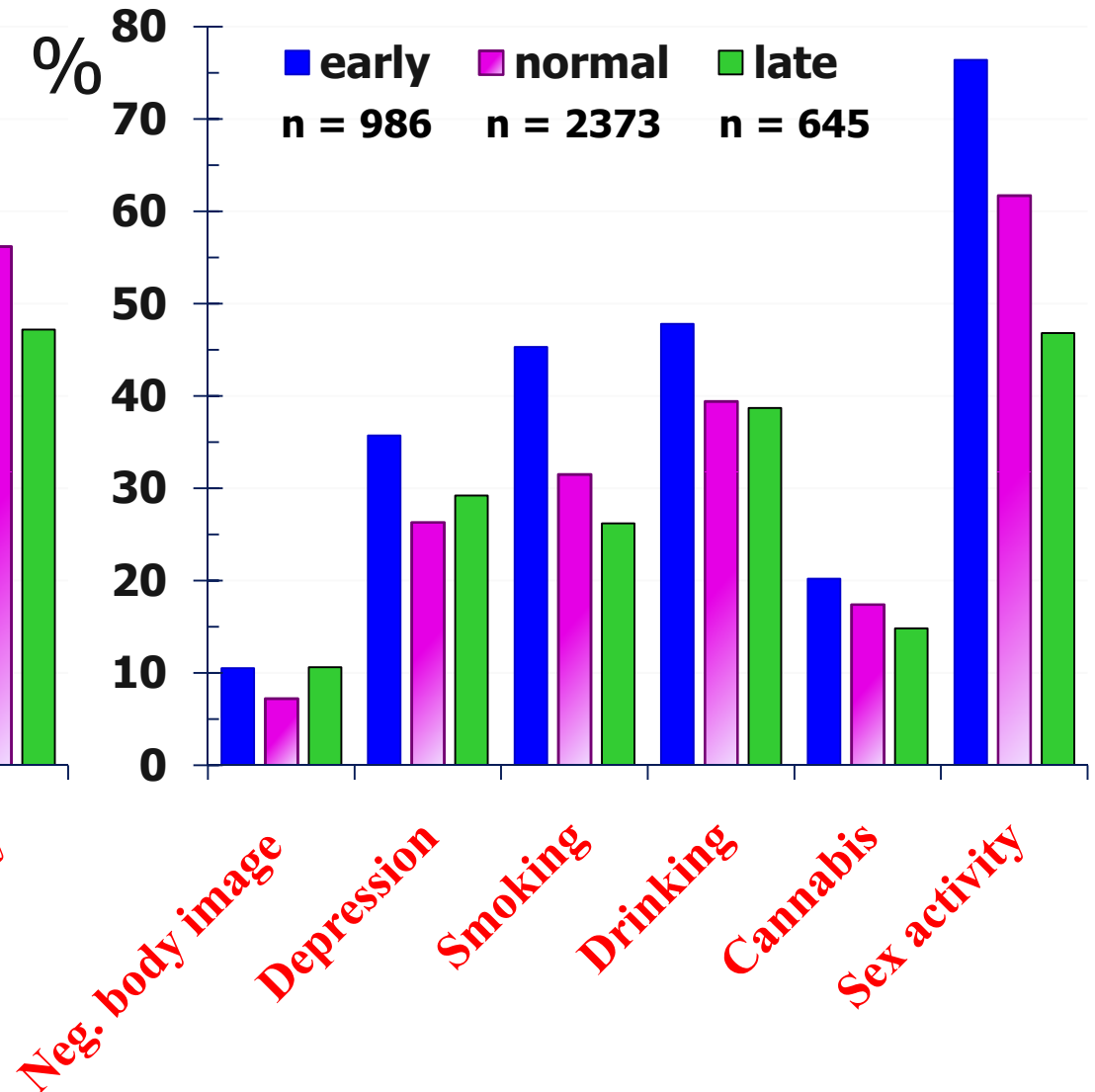


Pubertal Timing & Behavioral Correlates

Females (mean age 17.9 yrs)



Males (mean age 17.8 yrs)

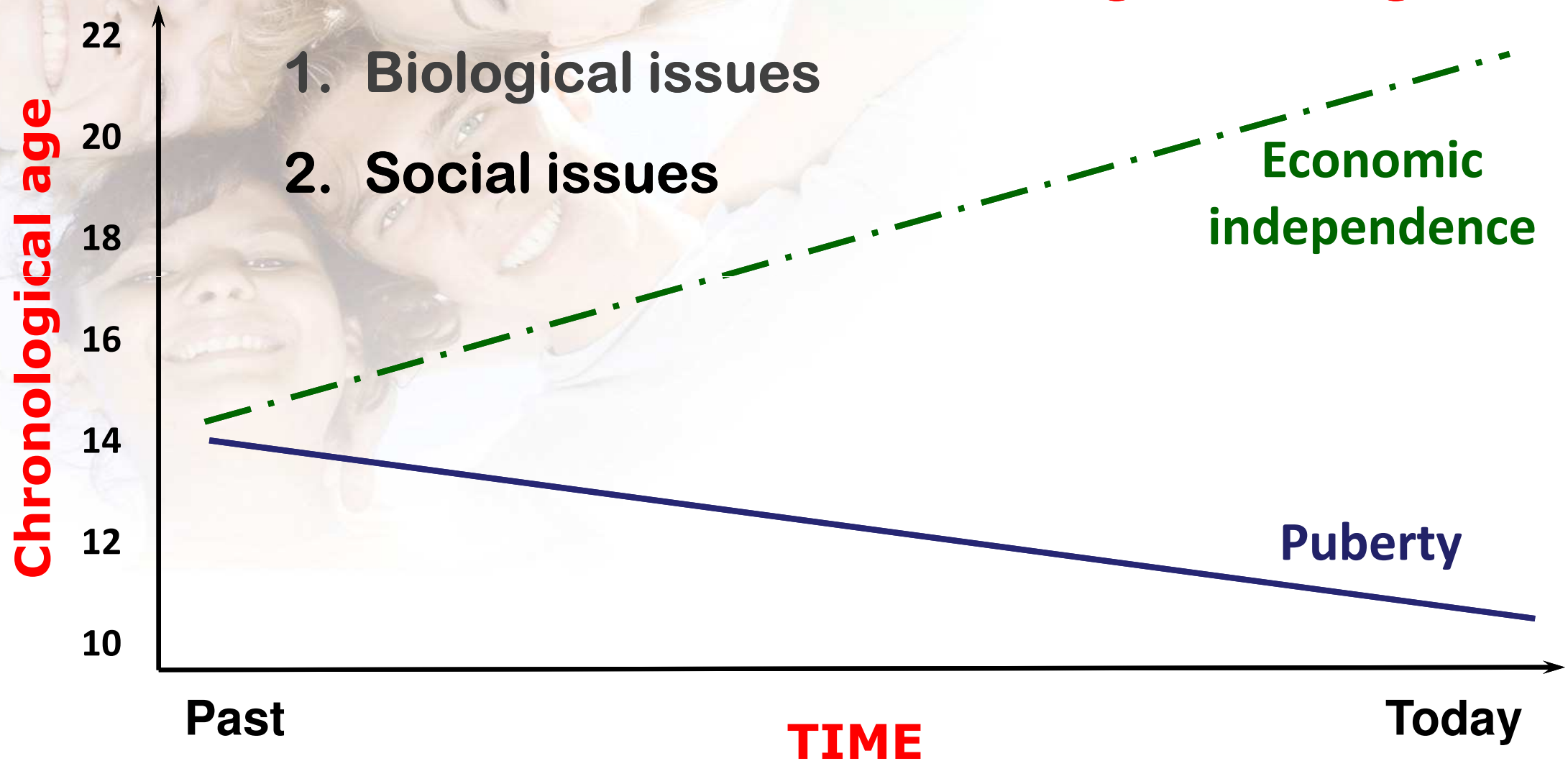


(Michaud et al, Mol Cel Endocrinol 2006)

ADOLESCENCE IN A TRANSITIONAL SOCIETY

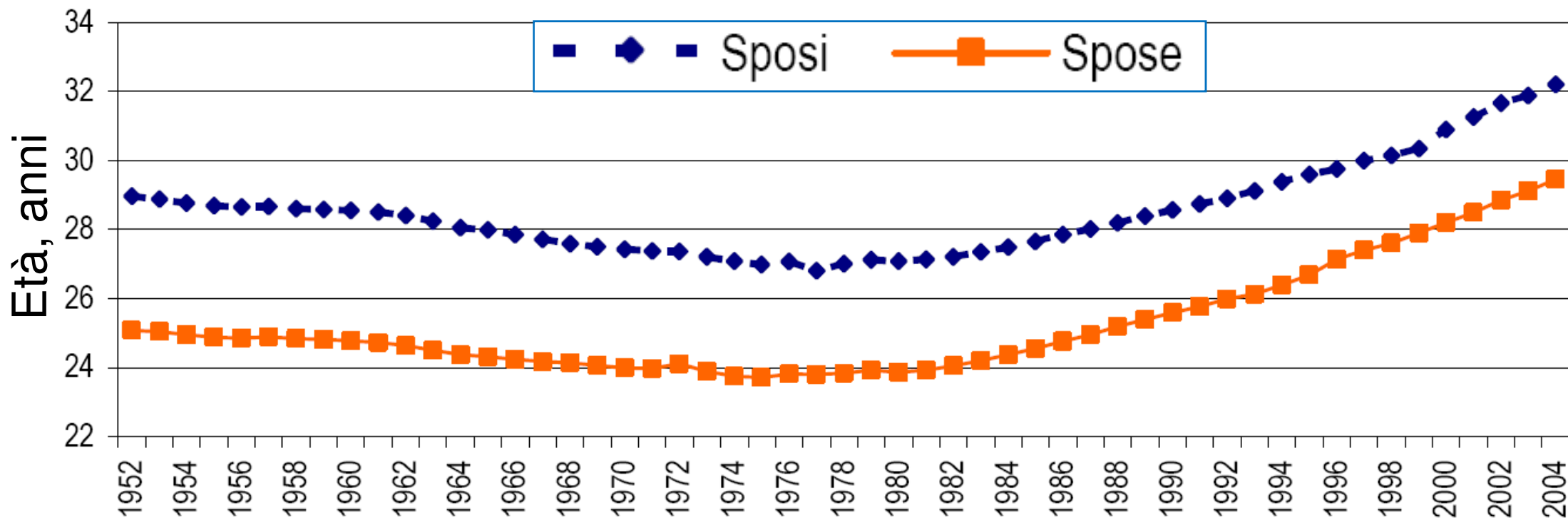
Adolescence becomes longer & longer

1. Biological issues
2. Social issues

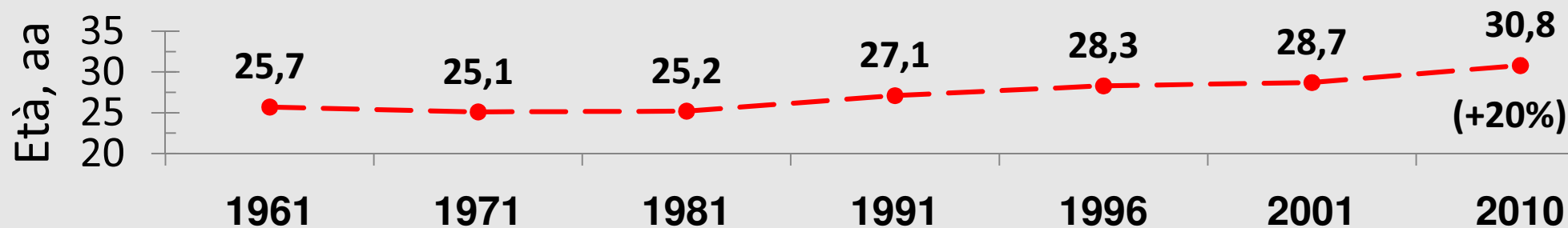


(Michaud & al., 1984)

Età media al Primo Matrimonio. Anni 1952-2004

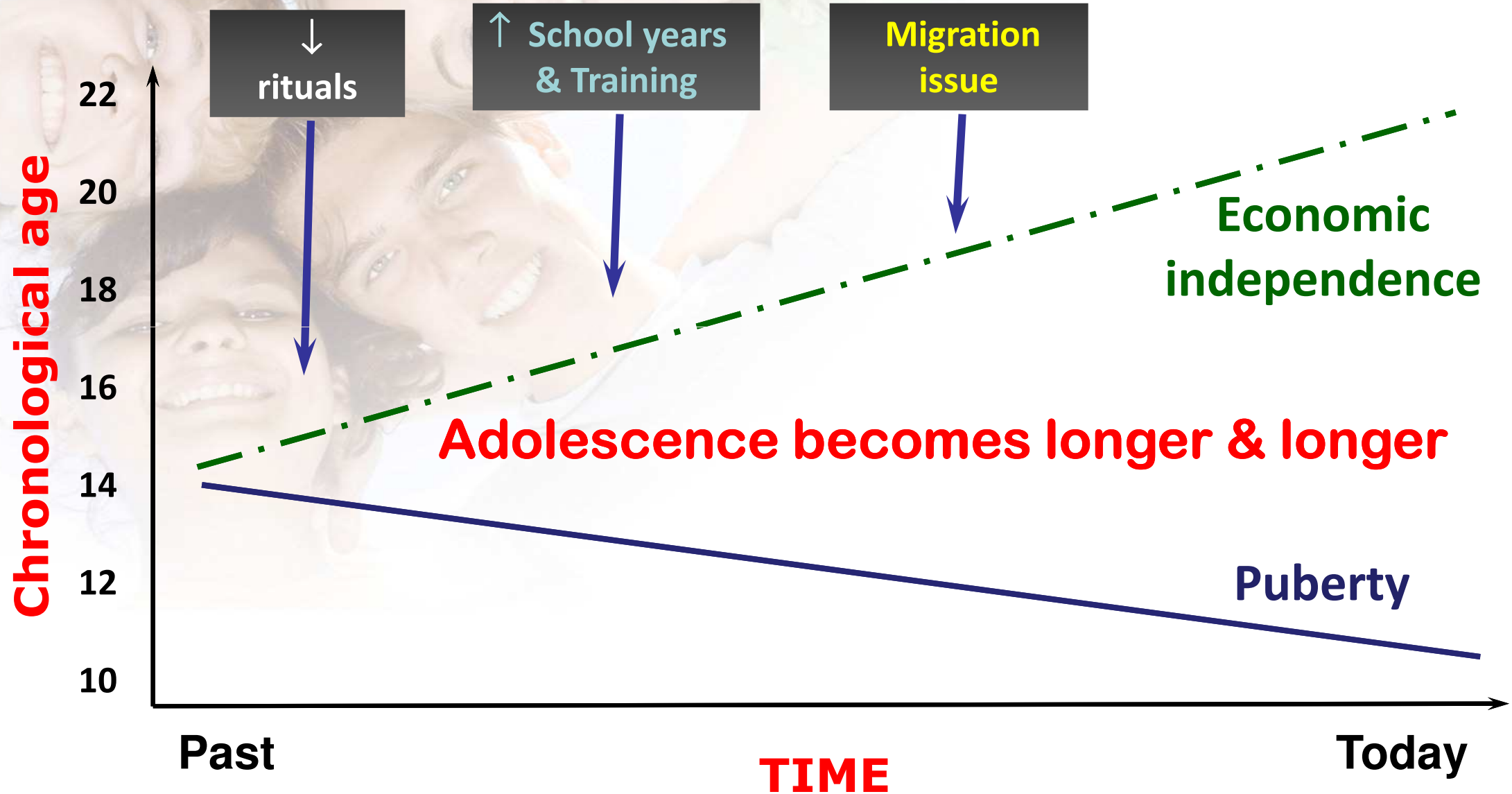


Età della madre al primo parto: anni 1961-2010



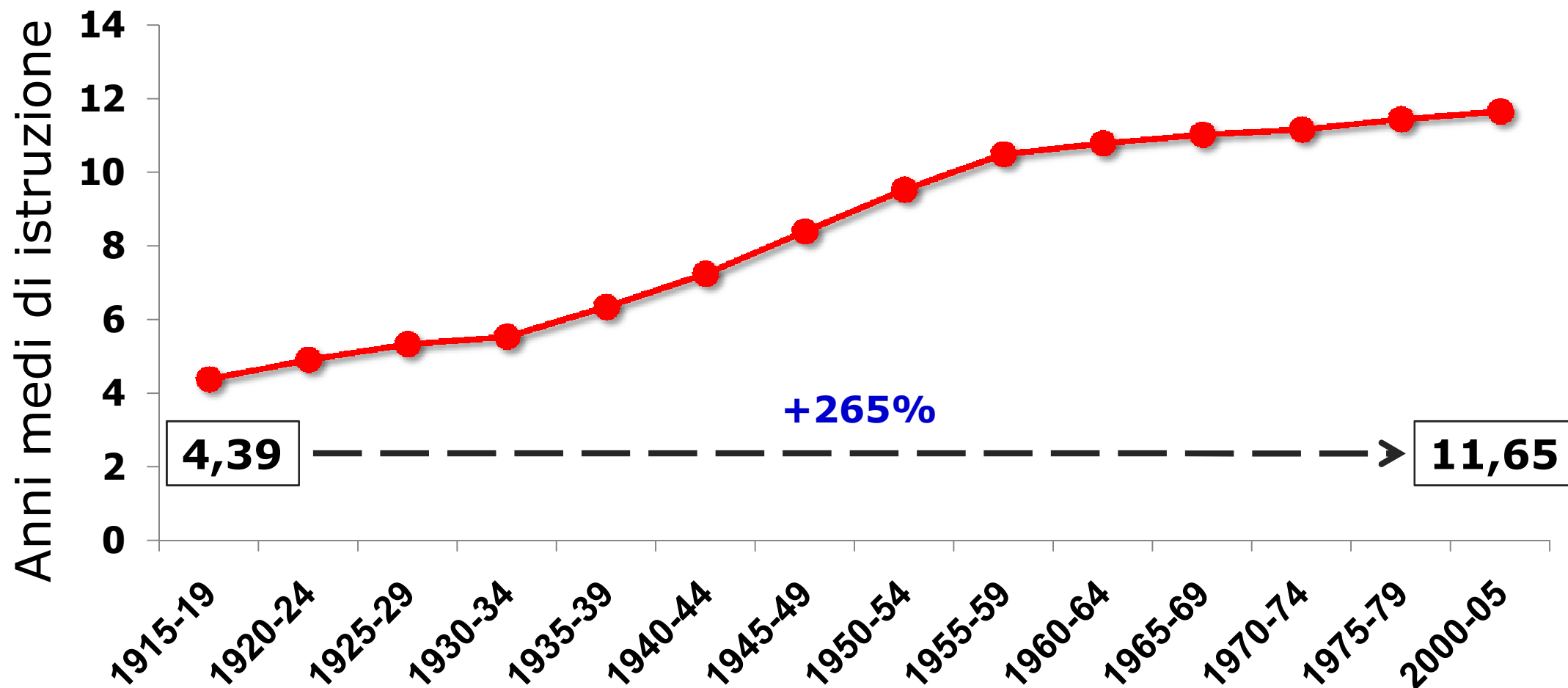
(Burgio et al., *Una Pediatria per la Società che cambia*, 2007)

ADOLESCENCE IN A TRANSITIONAL SOCIETY



(Michaud & al., 1984)

Istruzione: Durata Media in Italia



(D. Checchi, 2006)

Minori Stranieri in Italia

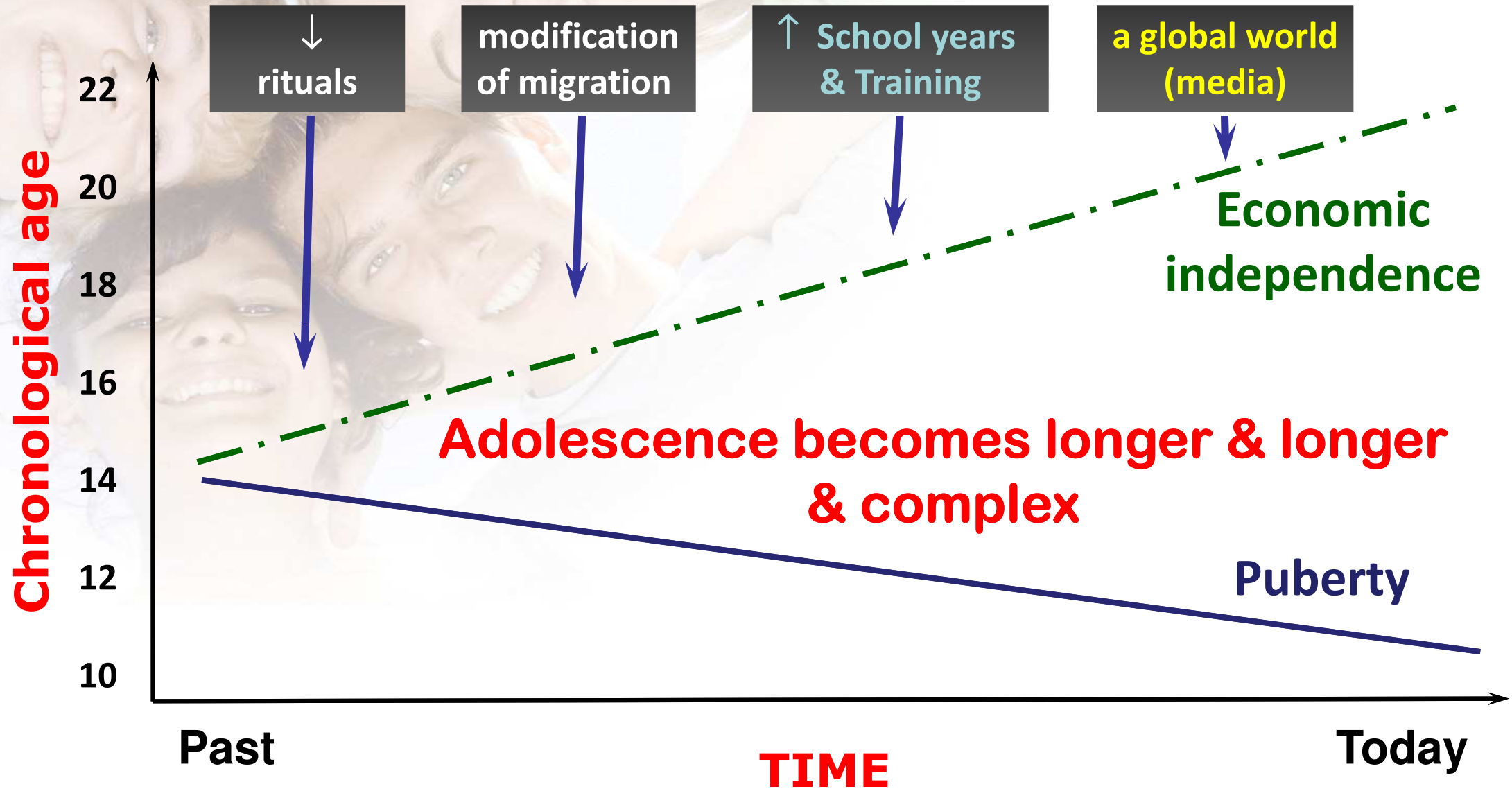
Anno	Nati da genitori stranieri*	Ricongiungimenti familiari	Minori stranieri residenti in Italia**
1990	11.500 (2%)	2.000	
1994	20.000 (3,8%)	12.500	
2000	25.900 (4,8%)	23.000	280.000
2002	32.800 (6,1%)	25.500	388.000
2004	48.000 (8,6%)	29.000	491.000
2005	51.000 (8,8%)	31.000	586.000

*Tra parentesi le percentuali di nati da genitori stranieri sul totale delle nascite in Italia.

**Non ci sono dati ufficiali sui minori residenti in Italia prima del 2000.

(Bona/Cattaneo, in: Una Pediatria per la Società che cambia; 2007

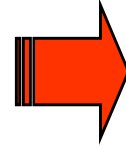
ADOLESCENCE IN A TRANSITIONAL SOCIETY



(Michaud & al., 1984)

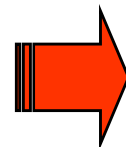
Caratteristiche Comuni dell'Adolescenza

1. Sviluppo puberale



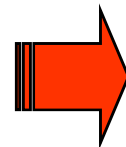
**Cambiamenti
Somatici**

2. Sviluppo di più avanzate abilità cognitive



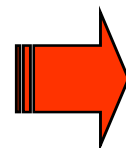
**Cambiamenti
Cognitivi**

3. Immagine di sé, sessualità, nuove relazioni sociali (coetanei & adulti)



**Cambiamenti
Emotivi**

4. Transitione verso un nuovo ruolo sociale



**Cambiamenti
Sociali**

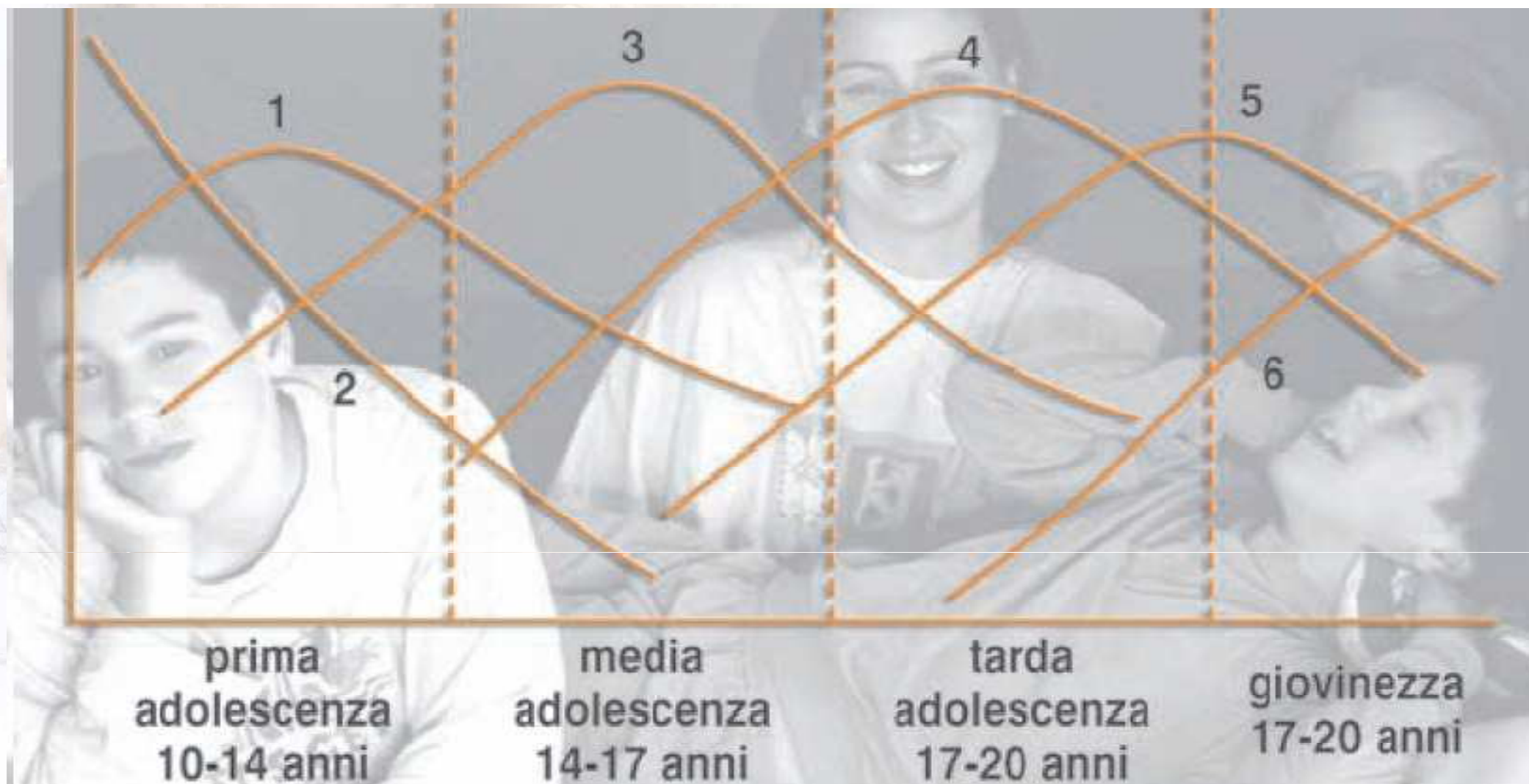


Figura 2. Tassonomia della psicologia dell'adolescenza: 1) preoccupazioni in merito al proprio accrescimento corporeo: dismorfofobia; 2) genitori considerati come esempio da seguire; 3) «conformizzazione» al gruppo dei coetanei; 4) crisi di identità; 5) paura di non essere all'altezza degli impegni di lavoro, scuola, ecc.; 6) acquisizione del sé coerente e unitario. – Questa raffigurazione (Muuss R.E. Kinderarzt. 10, 1801; 1979) è da considerarsi solo orientativamente valida non potendo aderire a tutti i modelli societari, né – altrettanto – nel tempo, a tutti i contesti socioculturali.

(G.R. Burgio)

L'Adolescenza nei Vari Periodi Storici

OBIETTIVI

- Esaminare l'evoluzione del concetto di adolescenza nelle varie epoche storiche.
- Valutare le varie definizioni oggi disponibili e i fenomeni dell'adolescenza.
- Riassumere i problemi attuali:
 - Organizzativi-assistenziali;
 - Medici & socio-psicocomportamentali.

OMS: Rapporto Tecnico n. 308

".... i medici e gli operatori sanitari più indicati per prevenire le malattie degli adolescenti sono coloro che si occupano specificamente dell'infanzia".

(1965)

Adolescent Medicine in Europe

Eur J Pediatr

Table 1 Definition of pediatric care (from EPA/UNEPSA and CESP/EAP web sites)

EPA/UNEPSA ^a	CESP/EAP ^o
Pediatric care is defined as the medical care of human beings during and up to the completion of growth and development, from birth up to 18 years of age	Pediatric care is the medical care of children and adolescents up to the completion of growth and development

^aEuropean Pediatric Association–The Union of National European Paediatric Societies and Associations; Confederation of European Specialists in Pediatrics (specialist section of pediatrics of the European Union of Medical Specialists (UEMS)/European Academy of Pediatrics

- **Mediterranean and Middle East Action Group on Adolescent Medicine (MAGAM):** to spread the theory, practice, and research of Adolescent Medicine in the Mediterranean and Middle East.
- **European Office of the International Association for Adolescent Health** collects people mainly from North Europe.

Table 2 Some scientific societies dedicated to adolescent medicine in the European area [6]

Name	Acronimus	Foundation year
Adolescent Health Society of Turkey	–	2005
Association Suisse pour la Santé des Adolescents	–	–
Cyprus Pediatric Society, sub-committee for Adolescent Medicine	–	–
Hellenic Society for Adolescent Medicine	–	1995
Israel Society for Adolescent Medicine	–	1991
Italian Society of Adolescent Medicine	SIMA	1993
Sociedad Española de Medicina del Adolescente	SEMA	1987
Société Française pour la Santé de l'Adoloscent	SFSA	–
Swedish Pediatric Society, Section of Swedish Adolescent Medicine	–	–

(Bertelloni , Raiola, 2008)

Demography of Adolescent Health Care Delivery in Europe (n = 29 countries)

Table 2 Demography of adolescent care given by paediatricians I

Percentage seen by paediatricians	10–14 years old	15–19 years old
	Countries (n)	Countries (n)
>90	10/25	4/23
51–90	6/25	4/23
10–50	6/25	6/23
<10	3/25	9/23

Primary care system*



White = not responders; Black = Family D.; Dark grey = Paediatricians; Light grey: combined.

*4 countries (Denmark, Estonia, Portugal, the Netherlands) did not have any paediatricians working at the primary care.

Inpatient services

Yes	15/27
No	12/27

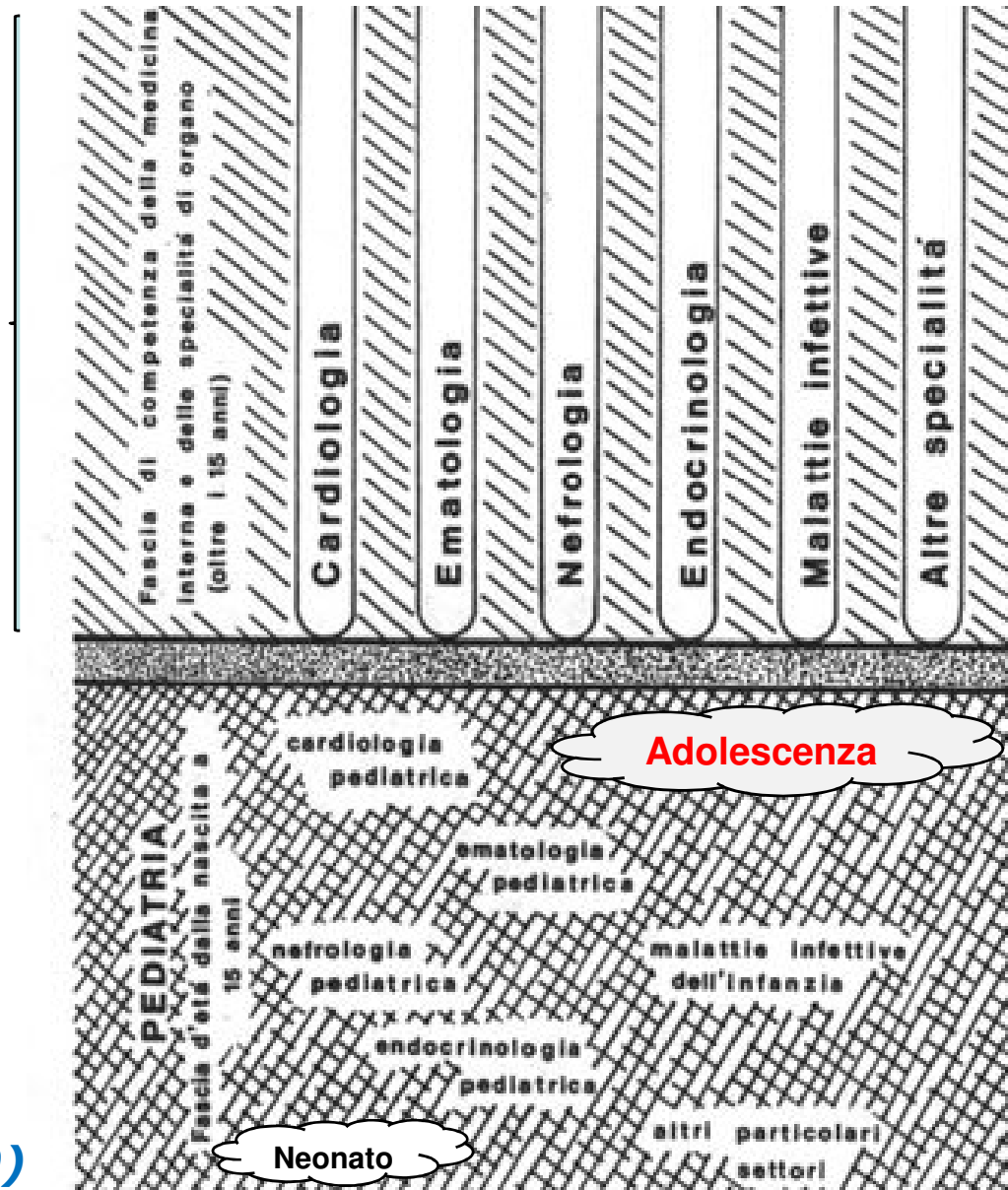
Table 3 Demography of adolescent care given by paediatricians II

Upper age limit for paediatric care	Outpatient	Inpatient
	Countries (n)	Countries (n)
14 years	6/24	6/29
16 years	3/24	6/29
≥17 years	15/24	17/29

(Ercan et al, Eur J Pediatr 2008)

Proposta della SIP per l'Organizzazione dei Servizi di Cura Materno-infantili

**Area della
Medicina
dell'Adulto**



Età della
transizione

**Area
Pediatrica**

(Riv Ital Ped 5: 1979)

Italia: Tassi di Ospedalizzazione Pediatrica (%)

*Modalità ordinaria per fascia di età:
comparazione anno 2003 vs anni 2001 e 1998*

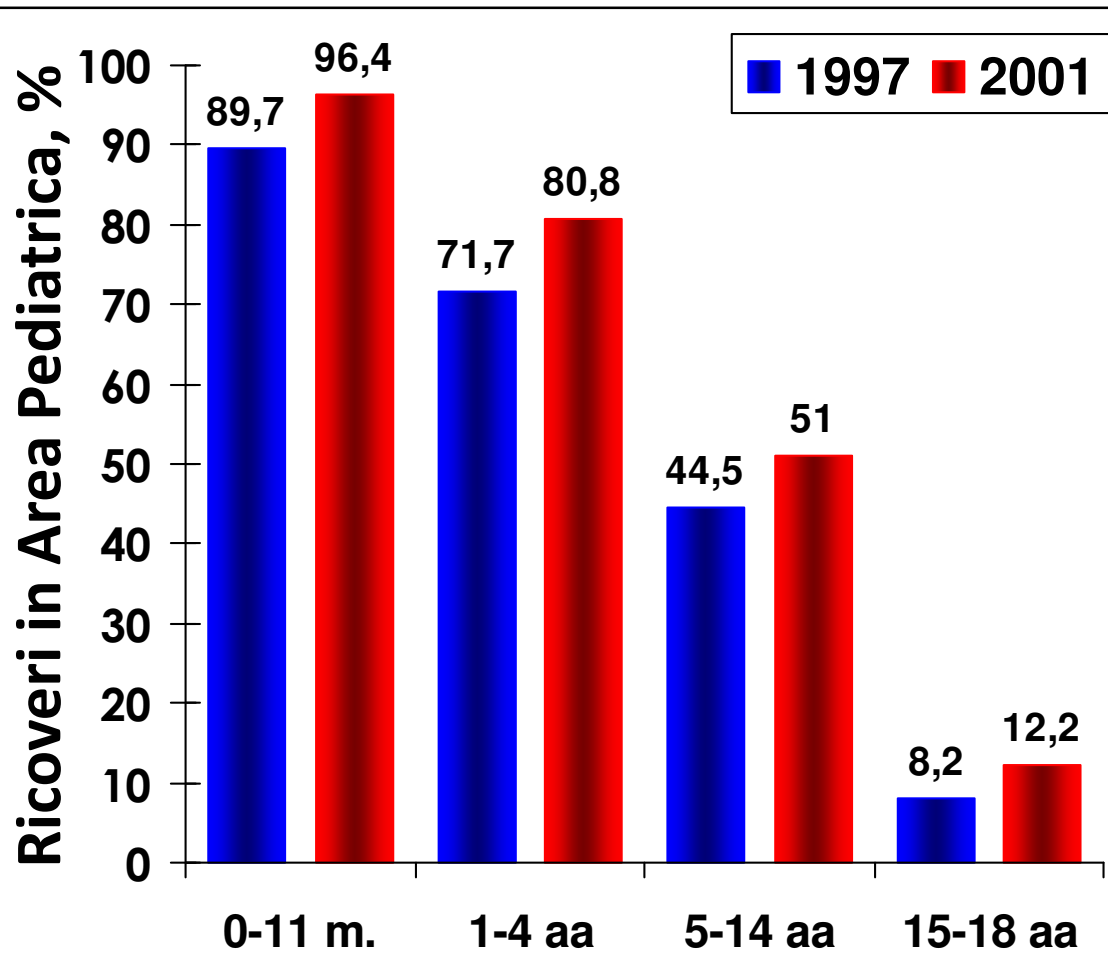
Fascia di età	2003	2001	1998
0-11 mesi	549	547	452
1-4 anni	101	111	172
5-14 anni	58	68	77
15-17 anni	62	71	81

*Bertelloni, Perletti
Una Pediatria per la Società che cambia, 2007*

Assistenza agli Adolescenti: Pediatria Italiana

Ospedaliera

*Di Famiglia**



- Assistiti 10 - 14 aa: ~ 30-50 %
- Assistiti 15 - 16 aa: pochissimi

*Stima FIMP, 2001

Health care system for adolescents

A position paper of the Italian Society for Adolescent Medicine

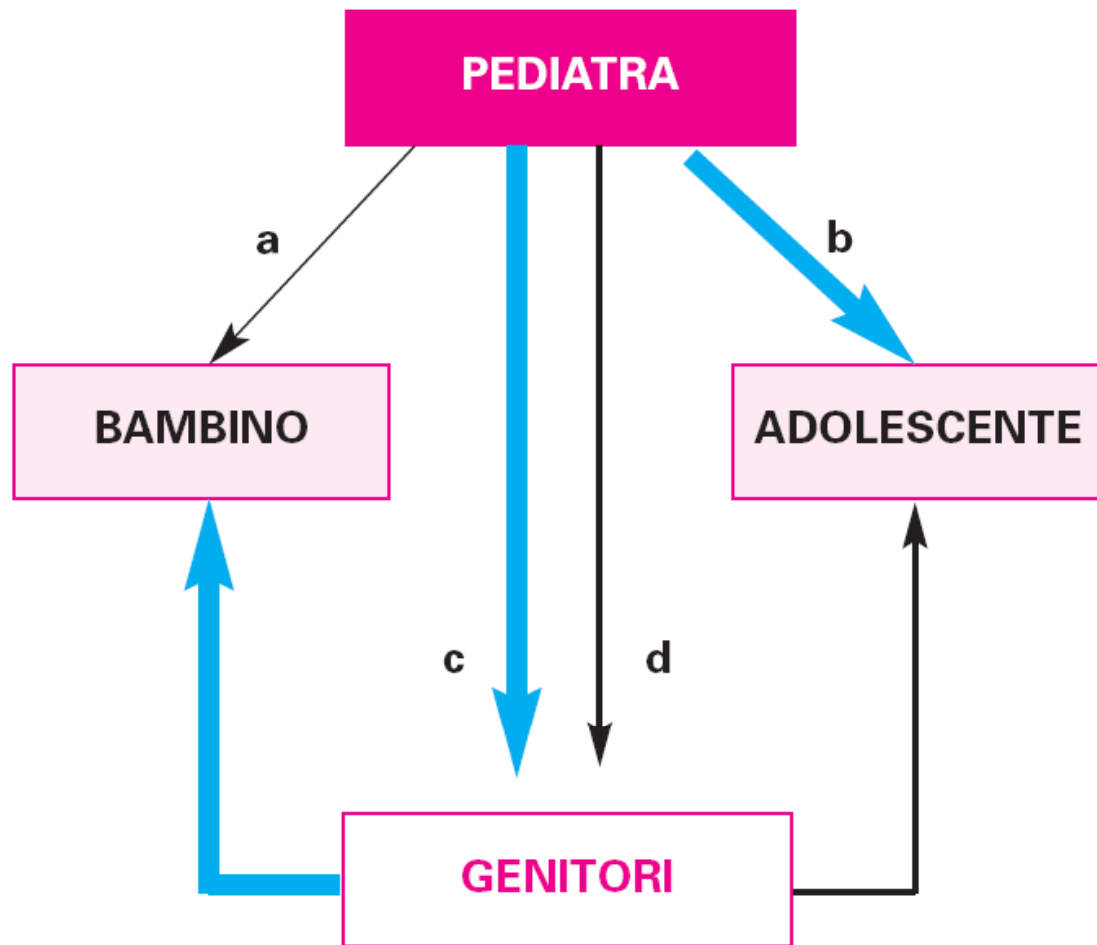
1. The **first level**, i.e., territorial level (family paediatricians, general practitioners, family advisory bureaus).
2. The **second level** is represented by multidisciplinary adolescent wards located in the Paediatric Area. In this setting, doctor's offices, day hospitals and full hospitalization should be ensured.
3. **Transition care** system from paediatric care to adult care for both healthy adolescents and those affected by chronic diseases must be developed.

(CD SIMA 2005-2008, Jtal I Pediatr 2007)

Attività Assistenziali per Adolescenti

Modificare:

- **Aspetto “fisico” delle strutture:** individuare spazi dedicati, disporre un “arredo” – posters, ecc. - e “accessori” specifici per gli adolescenti (*es. magazines per giovani, musica, accesso internet*).
- **“Funzionamento” delle strutture:** prevedere orari riservati agli adolescenti (*per evitare la “commistione” con i bambini più piccoli*) e la possibilità di accesso facilitato, mediante una semplificazione degli appuntamenti.
- **Filosofia di approccio:** uguale da parte di tutto il personale di assistenza (*per evitare messaggi non coerenti*) con disponibilità all’ascolto e al dialogo, *senza pregiudizi*, su temi anche delicati (*in particolare nei ragazzi con m. cronica*).

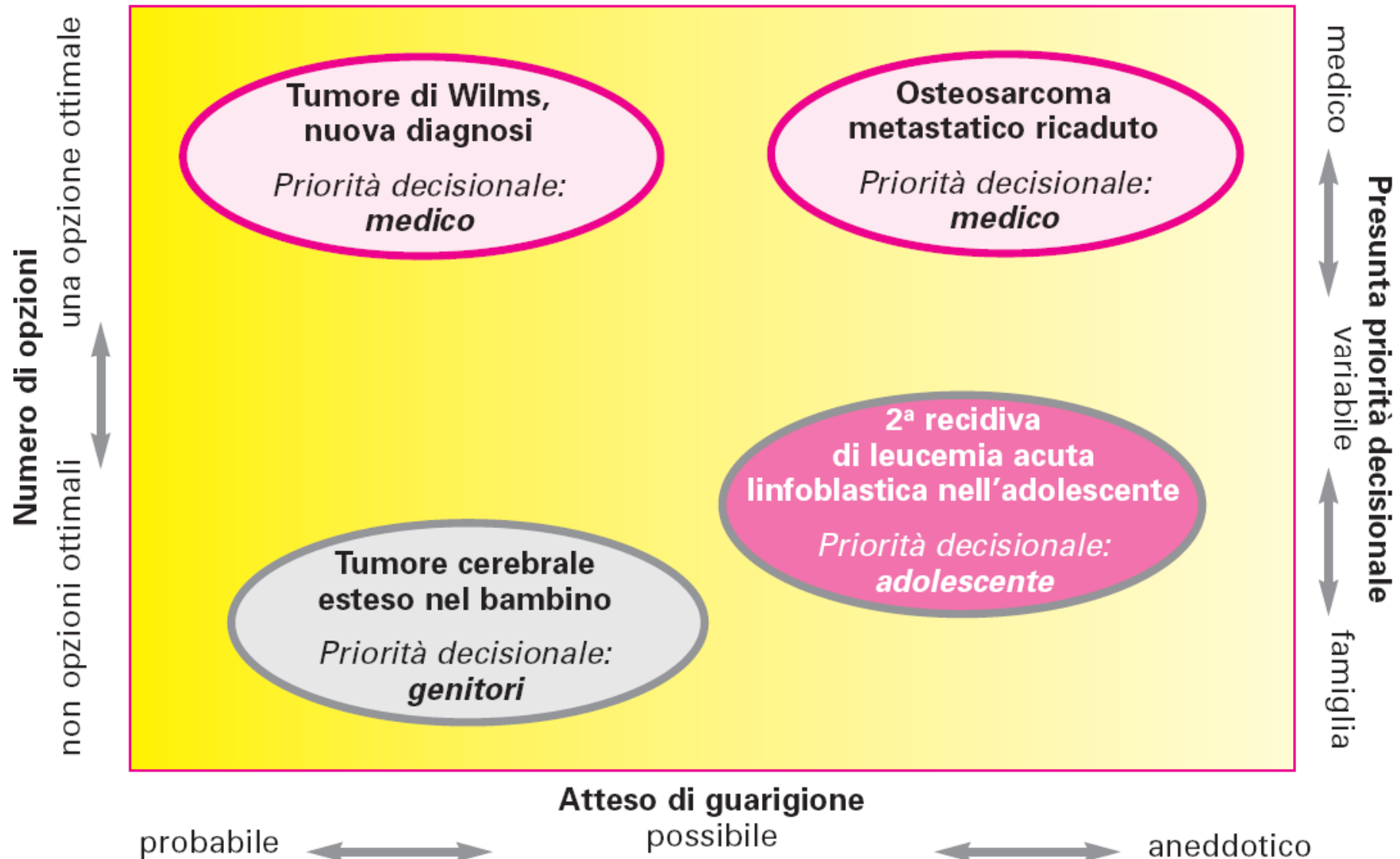


(1) Il pediatra deve cambiare modo di comunicare
Comunicazione
in Pediatria
dall'infanzia
all'adolescenza

Il dialogo tra pediatra e bambino (**a**) è abitualmente limitato, prevalendo quello con i genitori (**c**), mentre il dialogo tra pediatra e adolescente (**b**) sarà (dovrà essere) molto più diretto, pur potendo essere coinvolti i genitori (**d**). Comunque (**b**) potrà risultare tanto più facile quanto più sarà stato cercato, voluto e curato (**a**) negli anni precedenti (lungo l'età della scuola primaria)

(G.R. Burgio, S. Bertelloni, G. Corsello - 2007)

Valutazione della *priorità decisionale* nel contesto di alcune *patologie* oncologiche dell'età pediatrica in funzione delle opzioni terapeutiche disponibili e dell'atteso di guarigione



(F. Locatelli, in: *Una Pediatria per la Società che cambia*; 2007)

(2) IL PEDIATRIA DEVE CONSIDERARE CHE:

- La sua adolescenza non può rappresentare un punto di riferimento (*i genitori hanno lo stesso problema*).
- Le classiche agenzie educative (famiglia, scuola, "autorità") stanno perdendo prestigio e autorevolezza.
- Fattori biologici, socio-culturali ed economici (in rapido cambiamento) hanno un rilevante impatto sui problemi di salute dei giovani (*benessere fisico, psichico e sociale*).
- I modelli "tossici", proposti dai media o dal "gruppo", possono influire (*imporre?*) in maniera rilevante su comportamenti a rischio in età sempre più precoce.

L'Adolescenza nei Vari Periodi Storici

OBIETTIVI

- Esaminare l'evoluzione del concetto di adolescenza nelle varie epoche storiche.
- Valutare le varie definizioni oggi disponibili e i fenomeni dell'adolescenza.
- Riassumere i problemi attuali:
 - Organizzativi-assistenziali;
 - Medici & socio-psicocomportamentali.

Età 0-18 anni

Tasso di mortalità negli ultimi 20 aa

Classe di età

↓ mortalità

Bambini

~ 70%

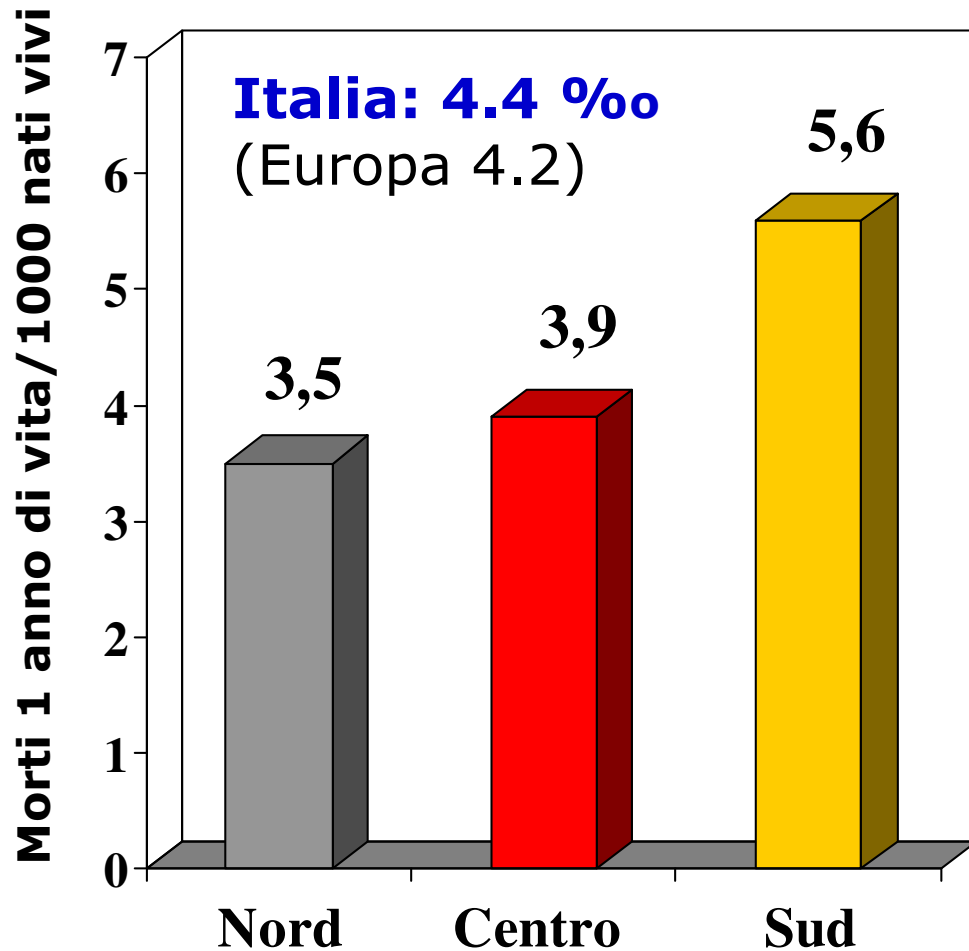
Adolescenti

~ 10 – 20%

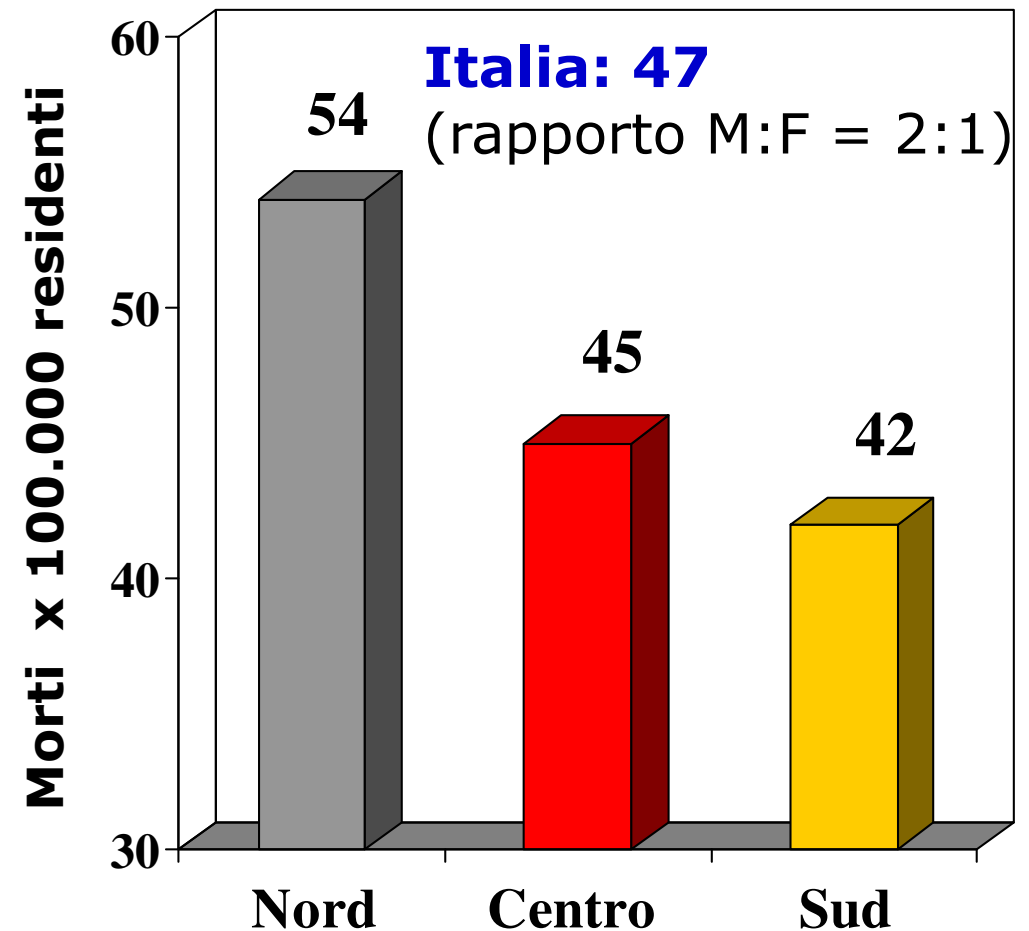
(Michaud, 2004)

Mortalità in Area Pediatrica

Infantile (0-12 mesi)



Adolescenziiale (15-24 aa)



(Rapporto sulla Salute del Bambino, 2005)

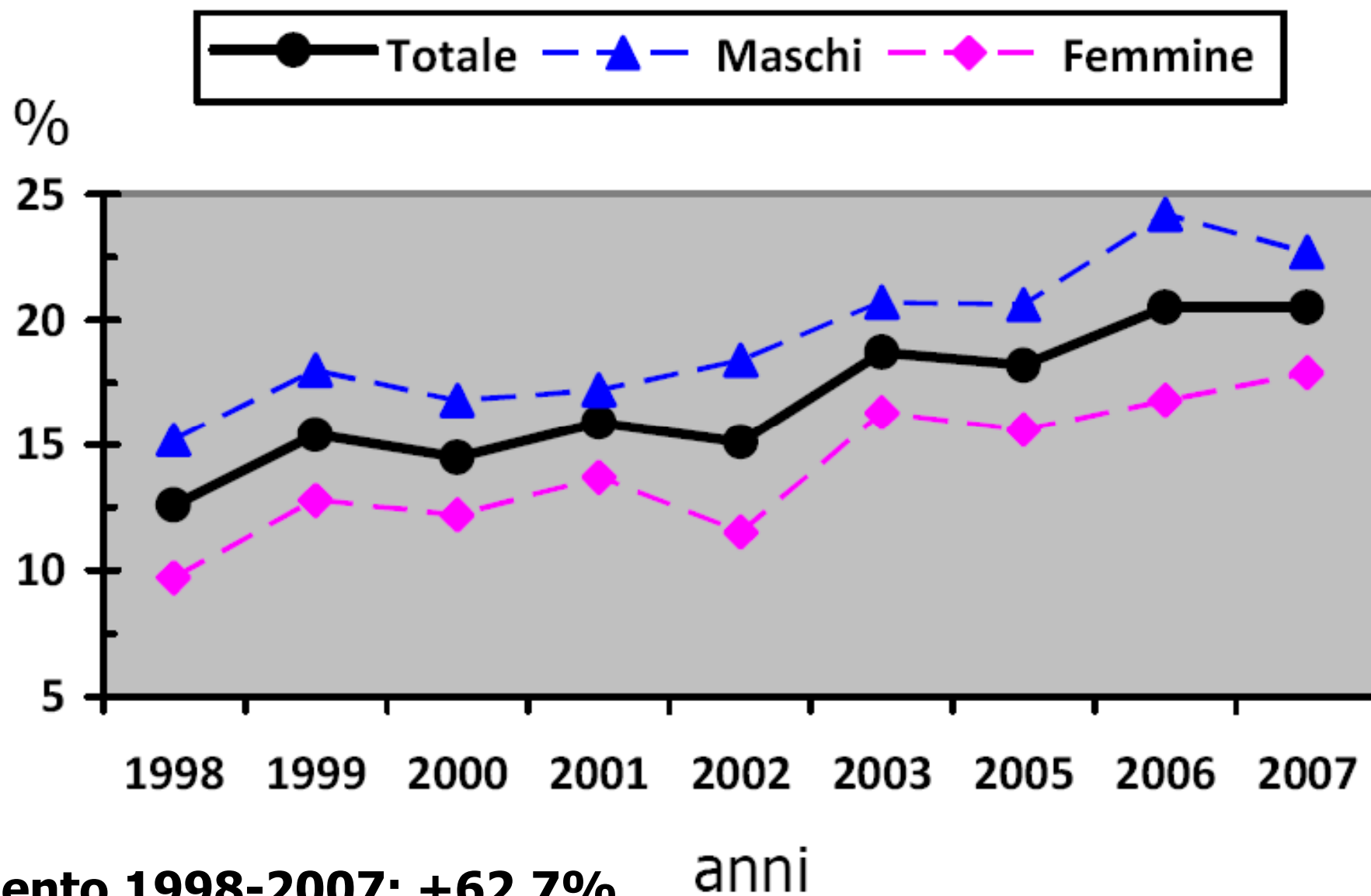
Problemi Psico-socio-comportamentali (**HEADSS**)

	Adolescenza		
	I	II	III
H = Home (relazioni familiari, nutrizione, immagine corporea)	●	●	●
E = Education (apprendimento, rendimento e progressione)	●	●	●
A= Activities (amici, sport, guida, casco, comport. a rischio)	●	●	●
D = Drugs (alcool, tabacco, droghe leggere e/o pesanti)	●	●	●
S = Suicide	■	■	■
S = Sex (att. sessuale, contraccezione, MST, gravidanza, IVG)	●	●	●

● in tutti gli adolescenti; ■ nei soggetti a rischio; ● età a maggior rischio

(Neinstein, 1996, mod)

Adolescenti (14-17 aa): Consumo di Alcolici Fuori Pasto (andamento negli ultimi 10 anni)



Incremento 1998-2007: +62.7%
Maschi +49.3%; Femmine +84.5%

(Raiola, Bertelloni, in stampa)

Decessi per droga e uso di sostanze stupefacenti negli adolescenti italiani.

	<u>Uso negli ultimi 12 mesi</u>				<u>Uso frequente</u>	
	2000	2005	2007	rapporto <u>M/F</u>	2007	
	%	%	%	15 aa	19aa	%
Decessi*	1002°	652°	589°	9.3/1°	—	—
Cannabinoidi	23.6	23.8	23.0	1.4/1	1.5/1	2.7
Cocaina	3.4	3.5	4.2	~1/1	2.3/1	0.4
Eroina	3.0	1.6	1.4	~1/1	1.4/1	0.4
Allucinogeni	1.9	2.1	2.7	1.4/1	2.1/1	0.4
Stimolanti	2.6	1.7	3.0	~1/1	2.3/1	0.5
Policonsumo	5.0	8.0	24.0	—	—	

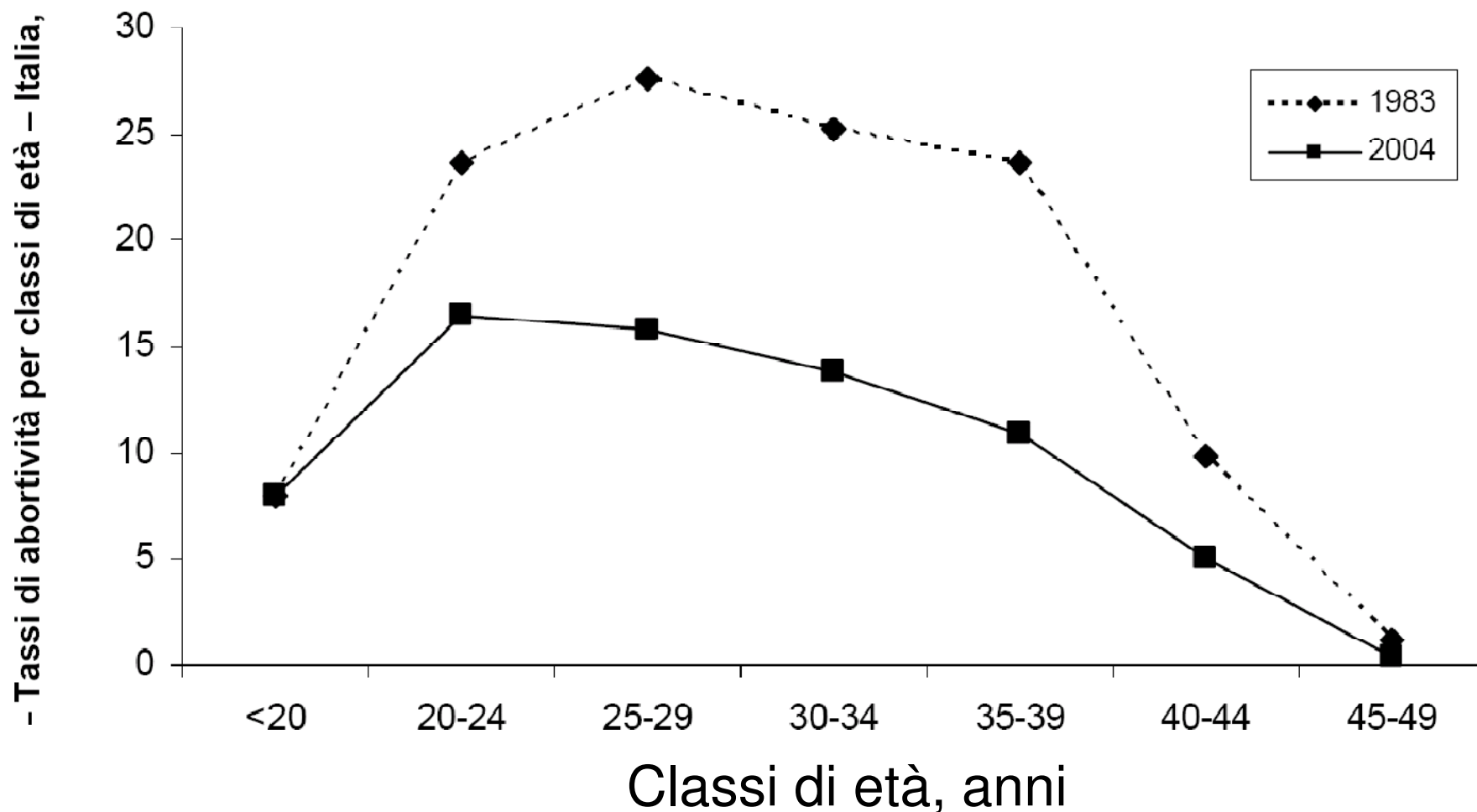
°valore più basso periodo 1996-2005: anno 2003 (n = 517); maschi: > 90% per tutti gli anni;

*non registrati decessi per età < 15 anni; 15-19 anni: 2-3 % dei decessi per overdose

(Raiola, Bertelloni, in stampa)

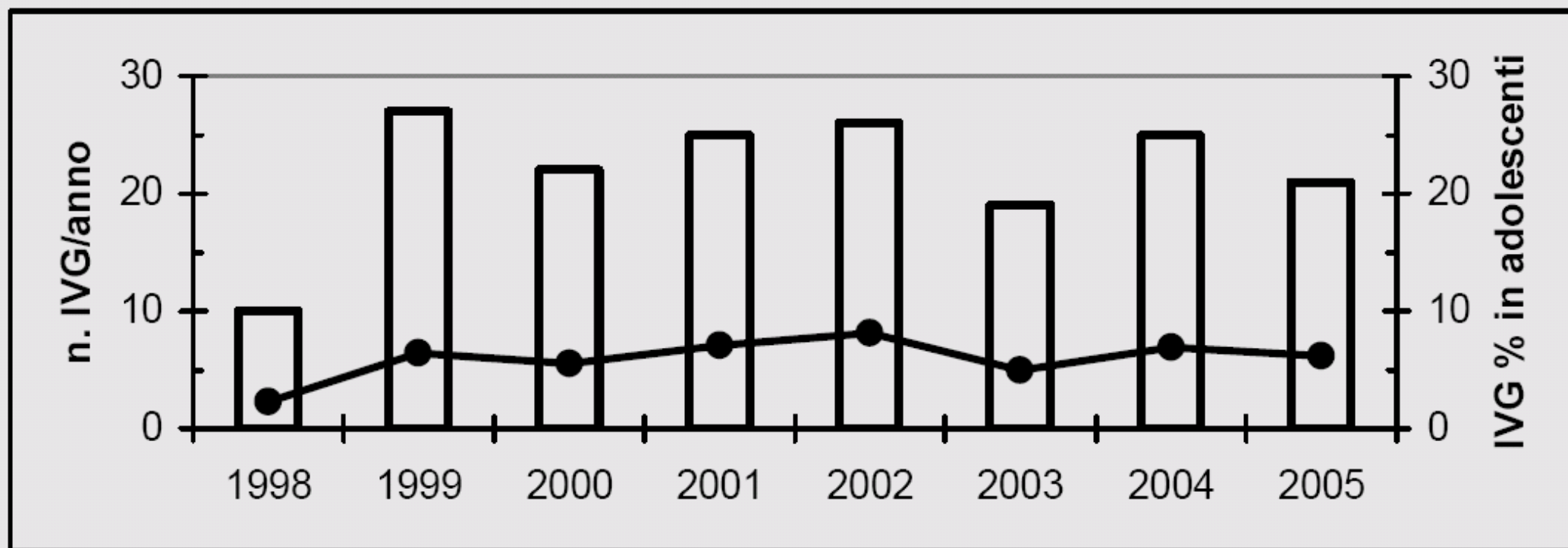


Ministero della Salute



Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (l.n. 194/78).

(Burgio, Bertelloni: Una Pediatria per la Società che cambia)



Numero totale di IVG nelle adolescenti dell'area senese dal 1998 al 2005 (colonne) e variazioni percentuali in rapporto al numero totale delle IVG (—●—)

Strambi/Lombardi
ATTIVITA'
CONSULTORIALI
In: Burgio/Bertelloni
Una per la Società che
camba, 2007

	2005-2006	1987
n	724	1315
Età, anni	14.3 – 25.1	14 - 18
Menarca, anni	12.3 $\pm$ 2.2	12.3 $\pm$ 1.4
I rapporto sessuale. anni	15.6 $\pm$ 1.2	15.6 $\pm$ 1.2
Primo uso di un contraccettivo	19.5 $\pm$ 2.1	—
Nessun metodo contraccettivo	395 (54.5%)	723 (55%)
I visita al consultorio	20.2 $\pm$ 2.2	—

"Progetto Salute Adolescenza"

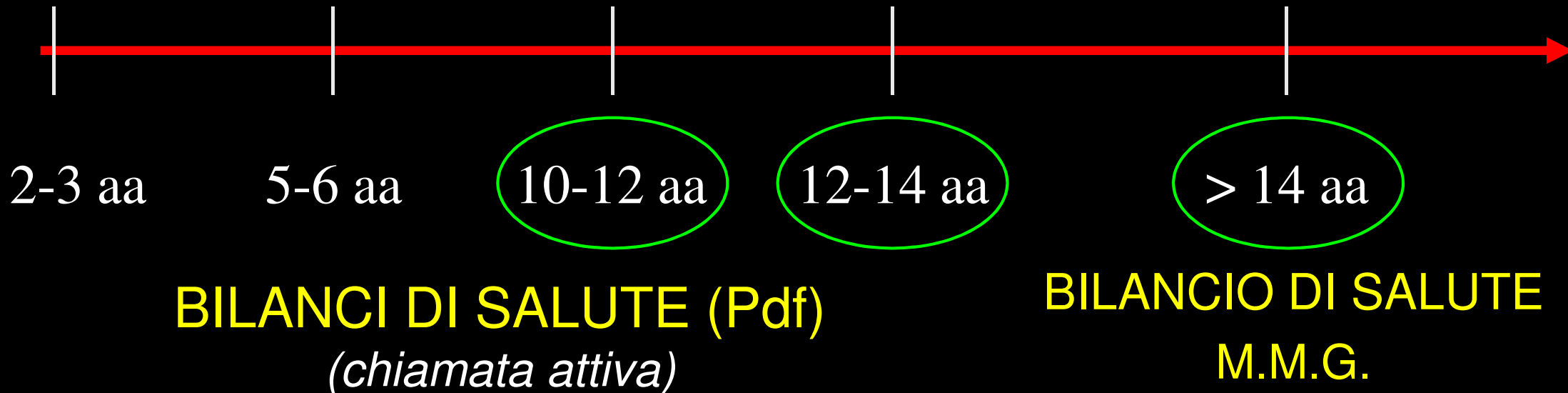
Pediatria di famiglia

- Valutazione fisica (*stadio puberale*)
- Ricerca problemi comportamentali
- Educazione alla salute e counseling "adolescentologico"



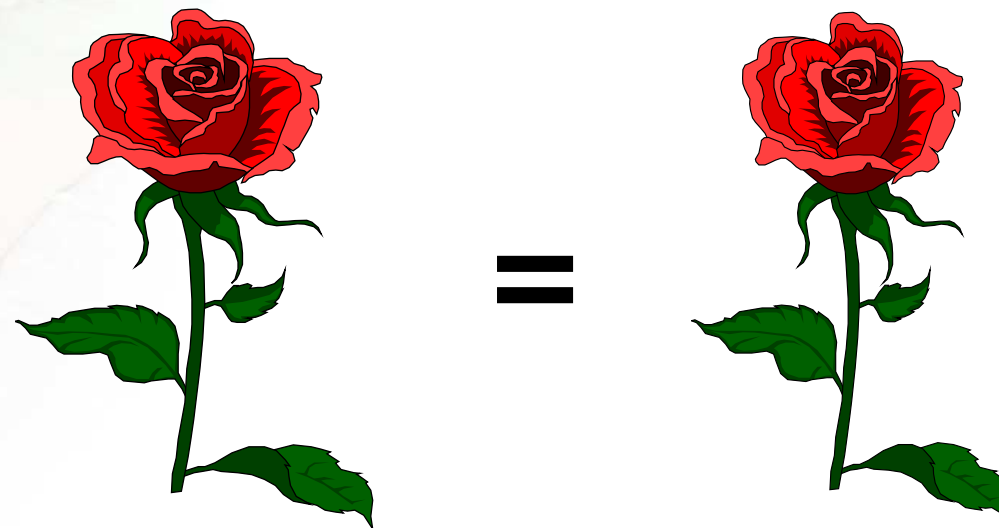
"Transizione"

programma coordinato e concordato di passaggio dalle cure pediatriche a quelle della medicina dell'adulto





Grazie per l'attenzione



Adolescente = Adolescente

**che deve essere
educato a svilup-
pare tutte le sue
potenzialità**



MEDICINA
PEDIATRIA

Roberto Burgio
Silvano Bertelloni

**Una pediatria
per la società
che cambia**

*Gli autori hanno deciso
di devolvere
interamente all'UNICEF
i diritti derivanti
dalle vendite del testo*