

## L'adolescente: un assistito invisibile

*Nonostante l'adolescenza sia una fascia di età a rischio, lo stato di buona salute e la convinzione tipica dell'età di essere immortali porta i ragazzi lontano dagli studi medici. Gli unici motivi per cui si recano saltuariamente dal proprio medico sono disturbi di lieve entità e la richiesta di certificati. È quanto si evince da uno studio osservazionale condotto da medici e pediatri di famiglia della provincia di Foggia, per rilevare e valutare l'attività assistenziale nei confronti degli adolescenti in carico*

**P**er rilevare e valutare l'attività assistenziale nei confronti degli adolescenti in carico, medici di famiglia e pediatri convenzionati della provincia di Foggia hanno condotto uno studio osservazionale. Il periodo di osservazione è stato di 4 settimane (novembre 2006). Dalla indagine effettuata è risultato che gli adolescenti frequentano poco gli ambulatori medici per problemi inerenti la propria salute, per cui manca la possibilità di poter svolgere un'opera di prevenzione.

### ■ Introduzione

L'adolescenza è quella fase della vita umana che coincide con la comparsa dei primi segni morfologici e/o psico-sociali di maturazione puberale. È un periodo della vita che va dai 10 a 20 anni, nel corso del quale l'individuo acquisisce i requisiti necessari per assumere le responsabilità di adulto (OMS). Tale periodo può essere distinto in:

1. prima adolescenza 10-13;
2. media adolescenza 14-16 anni;
3. tarda adolescenza 17-20 anni.

Una caratteristica fondamentale di tale periodo è la trasformazione cognitiva. Nel periodo adolescenziale si trasforma il modo in cui si percepisce se stesso, gli altri e il mondo in generale. I cambiamenti del pensiero interessano, quindi, la sfera dello sviluppo affettivo e sociale. Secondo l'Istat (2000) vi sono circa 6 milioni di ragazzi tra i 10 e i 19

anni, rappresentanti il 10.3% della popolazione italiana.

In questa fase evolutiva si sviluppa quella forma di pensiero chiamato ipotetico deduttivo: il ragazzo/a comincia a pensare in termini di ipotesi astratte, a formulare diverse alternative possibili e a dedurre le conseguenze implicate nelle ipotesi stesse. Per l'adolescente la conoscenza procede non necessariamente attraverso il contingente, l'esperienza, ma attraverso ciò che potrebbe essere, attraverso il possibile. In altri termini, il pensiero dell'individuo non rimane vincolato all'esperienza reale, si cimenta piuttosto in formulazioni teoriche ipotetiche su vari aspetti di propria conoscenza. L'evoluzione psicofisica che conduce il bambino all'età adulta va incontro, in adolescenza, a una brusca impennata, legata alle modificazioni ormonali, con la possibilità di nuove patologie a livello fisico e psicologico o di modificazioni di eventuali patologie in atto. In base alla convenzione nazionale i pediatri possono tenere in carico gli assistiti fino ai 14 anni, mentre il medico di famiglia può essere scelto dai propri assistiti per i propri figli dai 6 anni in su. Questo fa sì che gli adolescenti siano seguiti da ambedue le figure professionali e spesso il passaggio di consegne dal pediatra al medico di famiglia avviene senza che ci sia una comunicazione o un trasferimento di elementi utili per la costituzione della cartella clinica.

La normativa dell'accordo colletti-

vo nazionale (ACN) tende a collocare l'adolescente nella sfera delle competenze del medico di medicina generale che deve essere sempre più interlocutore attento e punto di riferimento dell'adolescente e della famiglia.

Ma gli adolescenti possono facilmente sfuggire sia alla cura del pediatra sia a quella del medico di famiglia, infatti i dati epidemiologici dimostrano come questi assistiti siano i meno controllati a causa della scarsa propensione a recarsi dal proprio medico.

### ■ Scopo e obiettivi

Lo scopo dell'indagine è stata proprio quella di rilevare e valutare l'attività assistenziale nei confronti di questa fascia di assistiti gestiti dal pediatra e dal medico di famiglia. L'individuazione di eventuali criticità sono la base di partenza per avanzare possibili soluzioni cliniche e organizzative e per migliorare l'assistenza in questa fascia d'età. Gli obiettivi sono stati finalizzati a rilevare:

1. il numero degli adolescenti che frequentano giornalmente gli ambulatori convenzionati;
2. la prevalenza del sesso e dell'età;
3. le motivazioni di accesso presso lo studio;
4. le patologie più frequenti riscontrate;
5. se l'adolescente si presenta da solo o accompagnato;
6. chi gli consiglia di recarsi presso lo studio medico.

## Materiali e metodi

Hanno partecipato allo studio 27 medici di medicina generale e 8 pediatri di famiglia.

È stato osservato in un periodo di 4 settimane l'accesso in ambulatorio degli adolescenti di età compresa fra i 10 e i 20 anni (per i pediatri fra i 10-14 anni, per i Mmg tra i 10-20 anni). I pazienti provenivano da Foggia e provincia, con una distribuzione uniforme.

Gran parte dei medici della provincia sono stati interpellati (via e-mail) per aderire allo studio. Ai medici che hanno manifestato la disponibilità a partecipare è stato consegnato il materiale cartaceo da far compilare a tutti gli adolescenti che afferrivano presso il proprio ambulatorio.

Gli items presi in considerazione sono stati: età; sesso; presenza di accompagnatori; motivo della visita; presenza di patologia somatica (eccesso ponderale, anoressia/bulimia, disagi di natura psichiatrica, problemi genito-urinari, asma, ritardo puberale, acne, emicrania, disturbi mestruali, scoliosi ecc.), di patologia psico-sociale (disagio psicorelazionale, problemi scolastici, uso di stupefacenti, altro); presenza di segnali di disagio (ansia, timidezza, preoccupazioni ecc.); se l'accesso era avvenuto spontaneamente o su invito di qualcuno (papà, mamma, amici, ecc.).

## I pazienti visitati dai Mmg

Gli assistiti adolescenti dai 10-20 anni in carico ai medici di famiglia nella Asl FG/3 nel periodo indagato erano:

- distretto 1-2 (Foggia): 14.125;
- distretto 3 (Lucera): 6.309;
- distretto 4 (Troia): 4.609.

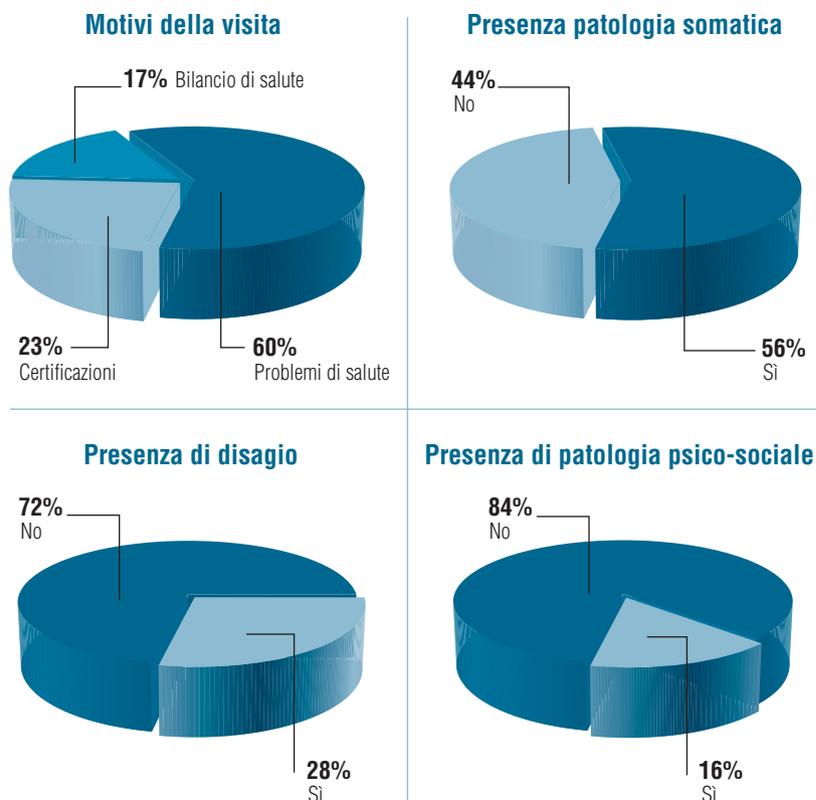
I medici di famiglia partecipanti: 27.

Gli adolescenti visitati nei 30 giorni dell'indagine sono stati 344, di cui 178 femmine e 166 maschi, con una media di circa 13 al mese per medico di medicina generale.

Il 42% degli adolescenti visitati dal Mmg si è recato presso l'ambula-

Figura 1

## Rilevazioni nelle visite dell'ambulatorio del Mmg



torio con la madre, il 25% da solo, il 24% con il padre, il 6% con un parente e il 3% con un amico.

L'accesso allo studio del Mmg dei pazienti adolescenti è stato suggerito nel 72% dei casi dalla madre, nel 14% dal padre nel 9% da un amico e nel 5% da un parente.

Il 23% si è recato dal proprio Mmg per avere una certificazione, il 17% per un bilancio di salute (controllo e accertamenti), il 60% per altri problemi.

Nel 56% dei casi si è rilevata una patologia somatica e nel 16% psico-sociale; nel 28% si è riscontrata la presenza di disagio (figura 1).

## Nello studio dei pediatri

Negli studi degli 8 pediatri di famiglia convenzionati e partecipanti allo studio (appartenenti ai distretti 1, 2, 3, 4 della ex Asl FG/3) si sono presentati 185 ado-

lescenti con età media di circa 12 anni, 99 (53.5%) di sesso maschile, 86 (46.5%) di sesso femminile (rapporto M/F 1.15).

Gli adolescenti sono stati accompagnati da:

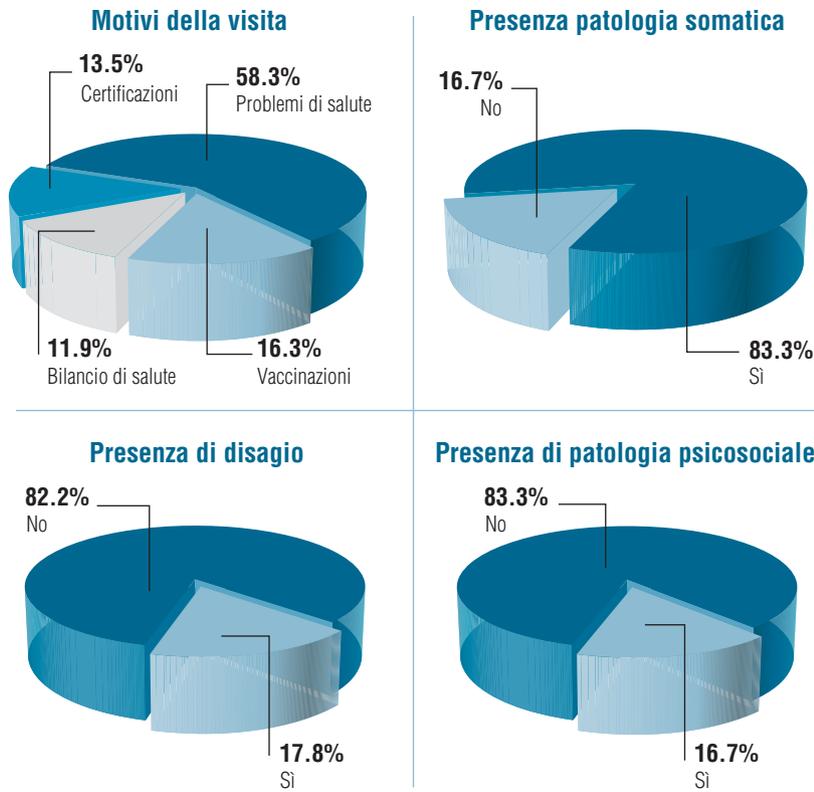
- madre 74%;
- padre 11.9%;
- padre e madre 9.7%;
- soli 2.7%;
- parente 1.7%.

Nel 90.2% la visita è stata suggerita dalla madre, nel 7.6% dal padre; nel 2.2% da entrambi i genitori.

Alla visita si è rilevato nel 58.3% dei casi la presenza di patologie (83.3% somatica, 16.7% psico-sociale); 11.9% è stato indotto a recarsi presso lo studio del medico per un bilancio di salute, il 16.3% per vaccinazione e il 13.5% per certificazioni. Alla visita hanno manifestato disagio il 17.8% degli adolescenti (45.5% maschi e 54.5% femmine) (figura 2).

**Figura 2**

**Rilevazioni nelle visite dell'ambulatorio del pediatra**



**Conclusioni**

Da questo studio osservazionale risulta evidente che pochi sono gli adolescenti che si recano presso lo studio del medico di famiglia e del pediatra nell'arco di un mese. Il numero degli assistiti sia maschi sia femmine sono pressoché equivalenti e per la gran parte di essi il motivo della visita è stato un problema di salute e l'esigenza di un certificato. Sono stati stimolati a recarsi presso lo studio medico e lo fanno accompagnati prevalentemente dalla madre. Altro dato significativo è il fatto che la maggior parte degli adolescenti osservati non presentavano patologie psicosociali. Nonostante gli adolescenti siano una fascia di età a rischio (per comportamenti, stili di vita, alcool, fumo, abuso di sostanze, turbe psichiche, anoressia, bulimia, malattie sessualmente trasmesse, gravidanza,

depressione ecc.), lo stato di buona salute e la convinzione tipica dell'età di essere immortali li tengono lontani dagli studi medici; gli unici motivi per cui vi si recano saltuariamente è per disturbi di lieve entità e per la trascrizione di certificati di idoneità allo sport. Si evidenzia quindi la necessità di definire strategie di intervento mirate a migliorare l'assistenza in questa fascia d'età:

1. definire la presa in carico: pediatra/Mmg e scheda dati dell'adolescente (condizioni familiari, socio-economiche, dati clinici generali ecc.). Il passaggio di consegne da un medico all'altro è un momento importante. Sarebbe auspicabile una stretta collaborazione tra le due figure per poter trasferire al nuovo medico di fiducia tutta la storia clinico-anamnestica e alla sua famiglia l'importanza del rapporto medico-paziente;

2. organizzare lo studio con spazio dedicato e con materiale informativo (ambulatorio dedicato per l'adolescente);
3. organizzare i bilanci di salute, dedicare tempo, possibilmente per appuntamento, e rispettare la riservatezza.
4. utilizzare più frequentemente la medicina di opportunità (con domande che indagano sui sintomi sospetti nei confronti di un paziente che si presenta per un problema non correlato) e la medicina di iniziativa (richiamando i pazienti che non si presentano nello studio, ma che sono inseriti in categorie a rischio) come modalità operative proprie della medicina di famiglia e della pediatria.

**Medici partecipanti alla ricerca**

**Medici di Famiglia**

Giovanni B. D'Errico (coordinatore ricerca); Antonio Iuso; Eustachio Quaglione; Antonio De Bellis; Nunzio Costa; Antonio Costa; M. Teresa De Vita; Raffaele Riccelli; Renzo Iannacone; Maria R. Rocco; Matteo Maselli; Giovanni Postiglione; Matteo Olivieri; Mario Antonino; Giulio Ciccone; Antonio Melchionda; Carmela Mangialetto; Generoso Alessandro; Rosa Pedale; Leonida Iannantuoni; Laura Gusmai; Tiziana Ricciardi; Rosalia Cavallaro; Rosalba Papagni; Antonietta Ricciardi; Patrizia Mascolo; Valentino Lauro.

**Pediatr**

Giorgio Ciccarelli; Maria Carla Cosenza; Domenico De Meo; Renato Gualano; Anna Latino (coordinatrice ricerca); Domenica Romeo; Maria Teresa Vaccaro; Giuseppina Volpicelli.

**BIBLIOGRAFIA**

- Burbatti G, Castoldi I. Il pianeta degli adolescenti. Mondadori, Milano 1999.
- Coleman JC, Hendry L. La natura dell'adolescenza. Il Mulino, Bologna 1995.
- Charmet GP. I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida. Cortina Ed. Milano 2000.
- D'Agostini G. Psicologia dell'adolescenza. Demetra, Verona 1996
- De Wit J, Van der Veer G. Psicologia dell'adolescenza. Giunti, Firenze 1993
- Dolto F. Adolescenza, Mondadori, Milano 1994.
- Dolto F. I problemi degli adolescenti. Longanesi, Milano 1993.
- Greenspan S, Pollock G. Adolescenza. Borla, Torino 1997.
- Russell B. L'educazione del bambino e dell'adolescente. Longanesi, Milano 1986.
- Scienze - Il medico di famiglia e gli adolescenti - Avvenire Medico 5/2006
- Tierno B. Adolescenti. In cammino verso l'età adulta San Paolo Edizioni, Cinisello B. 1996.
- Tonolo G. Adolescenza e identità. Il Mulino, Bologna 1999.
- Vegetti S, Battistin AM. L'età incerta. I nuovi adolescenti. Mondadori, Milano 2000.