

Mesa Redonda II. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias

Atención Sanitaria al adolescente en Italia

V. DE SANCTIS

*Dipartimento della Riproduzione e Accrescimento. Unità Operativa di Pediatria ed Adolescentologia
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (Italy)*

L'adolescenza è un periodo della vita il cui inizio coincide con la comparsa dei segni di sviluppo puberale ed il cui termine sopravanza la conclusione della pubertà stessa identificandosi usualmente con il raggiungimento dell'età adulta.

In Italia, come nella maggioranza dei Paesi Europei, alcuni documenti ufficiali assegnano l'adolescenza alla pediatria (Tabella 1 e 2). Dal punto di vista didattico l'adolescenza viene insegnata ai futuri medici solo nell'ambito del Corso di Pediatria e l'adolescentologia è una materia di base per tutti gli indirizzi della Specializzazione in Pediatria che prevede anche uno specifico indirizzo in Adolescentologia. Ed inoltre nel corso di Perfezionamento in Medicina Generale istituito dal Ministero della Sanità l'insegnamento della Adolescentologia è stato affidato solo ai Pediatri.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E SERVIZI PER ADOLESCENTI IN ITALIA

Dall'ultimo censimento, del 2001, si può rilevare che la popolazione residente in Italia era pari a 56.995.744. Il numero degli abitanti, in età evolutiva, risultava essere 10.090.805 di cui 4.638.412 (45,9%) tra i 10 e 17 anni. I servizi per gli adolescenti nel nostro Paese sono 4097. Circa il 50% dei servizi

TABELLA I. LIMITI CRONOLOGICI DELL'ADOLESCENZA

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

censiti è distribuito al Nord, il 20% al Centro, il 20% al Sud ed il 10% nelle Isole. Per quanto riguarda le aree di intervento, il 52% è di tipo informativo-culturale, il 31% socio assistenziale ed il rimanente 17% di tipo animativi-educativo. Nel 38% dei casi i servizi censiti sono rivolti alla fascia di età 11-18 anni, nel 34% agli adolescenti più giovani (fino a 14 anni di età) e nel 28% agli adolescenti di età compresa tra i 14 e 18 anni.

Le tipologie delle unità di servizio sono di seguito rappresentate:

- il 41% è rappresentato da **servizi territoriali**, cioè interventi itineranti, che raggiungono il ragazzo nei suoi luoghi di vita e di aggregazione (educativa di strada, ludobus, assistenza domiciliare).

Correspondencia: Dr. Vincenzo de Sanctis. Unità Operativa di Pediatria ed Adolescentologia
Azienda Ospedaliero. Universitaria di Ferrara. Italy
Correo electrónico: vdesanctis@libero.it

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABELLA II. APPARTENENZA DELLA ADOLESCENTOLOGIA ALLA PEDIATRIA: RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Area didattica	Area assistenziale
<ul style="list-style-type: none"> Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Tab. XVIII, DPR 10 aprile 1986 e 30 ottobre 1996) Assegnazione dell'insegnamento della adolescentologia solo al Corso integrato di Pediatria 	<ul style="list-style-type: none"> SSN – DRG (HCFA-DRG-10.0) (DL 29 ottobre 1994; DPR 24 dicembre 1994) Introduzione dal 1° gennaio 1995 del sistema di retribuzione a tariffa dei ricoveri ospedalieri con individuazione "di fatto" dell'età fino a 18 anni, secondo il modello americano da cui derivano
<ul style="list-style-type: none"> Scuola di specializzazione in Pediatria (DM 11 maggio 1995; GU 167, 19 luglio 1995) Inclusione dell'Adolescentologia tra i 13 indirizzi della Pediatria 	<ul style="list-style-type: none"> SSN – Regolamento della disciplina concorsuale per il personale dirigente sanitario di I e II livello (DPR 10 dicembre 1997, n. 483 e 484) Inclusione dell'Adolescentologia nei servizi equipollenti della Pediatria ai fini della idoneità alle funzioni di direzione
<ul style="list-style-type: none"> Raggruppamenti concorsuali universitari (GU 9 ottobre 1994 e seg.) Inserimento dell'Adolescentologia solo nel raggruppamento F19A Pediatria Generale e Specialistica delle cure 	<ul style="list-style-type: none"> SSN – Pediatria di libera scelta (ACN 18 aprile 1996) Fascia di competenza della pediatria di famiglia 0-14 anni con estensione fino a 16 anni per i soggetti con necessità di continuità

- Il 35% sono **servizi sportello**, cioè servizi a fruizione libera, che offrono diverse prestazioni relative all'ascolto, all'orientamento, all'animazione del tempo libero (Centri di aggregazione giovanile, Informagiovani, consultorio giovani, linee telefoniche e siti internet per gli adolescenti).
- Il 17,5% riguarda l'**accoglienza diurna**, rivolta all'area di disagio e dello svantaggio sociale (Centri diurni di sostegno).

Infine su valori più bassi si attestano le comunità per la **presa in carico residenziale** (6,1%) e gli interventi di emergenza (Centri di pronta accoglienza), che toccano lo 0,4% del totale.

Se l'area animativo-educativa risulta sempre la più praticata, con percentuali che vanno dal 48 al 55%, le altre due aree conoscono oscillazioni significative: gli interventi socio-assistenziali sono particolarmente presenti nel Sud (37,8%) e soprattutto nelle Isole (43,8%), mentre hanno un peso minore nel Nord e nel Centro, con percentuali che variano dal 26 al 31,7%; un discorso inverso per i servizi informativo-educativi, più rilevanti al Nord e al Centro (16,8-19,5%) e più rari al Sud (14%) e nelle Isole (3,3%).

I CONSULTORI FAMILIARI

Con la legge 405 del 1975, sono stati istituiti in Italia i Consultori Familiari. Pur rivolgendosi a persone di tutte

le età, di fatto i consultori sono stati frequentati quasi esclusivamente da donne tra i 25 ed i 45/50 anni; i giovanissimi non frequentano i Consultori Familiari e spesso non ne conoscono l'esistenza.

Indagini svolte anche nella regione ER hanno rilevato che il 38,9% dei ragazzi intervistati non conosceva il consultorio e solo il 18,8% lo frequentava.

Gli ostacoli che gli adolescenti incontrano vanno dalla necessità di fissare appuntamenti, al timore di incontrare persone adulte che conoscono, alla preoccupazione che i genitori vengano a conoscenza della loro vita sessuale.

I CONSULTORI PER ADOLESCENTI

Sono nati così all'interno dei Consultori Familiari "Progetti Adolescenti" che si sono concretizzati nell'apertura di uno spazio esclusivamente rivolto a questa fascia di età.

Gli obiettivi principali di questo progetto sono la diffusione tra i ragazzi di informazioni contraccettive e sulle malattie a trasmissione sessuale.

Le prestazioni offerte dai consultori possono riguardare l'ambito medico specialistico e quello psico-sociale e le modalità di intervento vengono realizzate a 3 livelli:

- Consulenza: attività di informazione finalizzata ad uso corretto dei servizi.

- Trattamento: attività terapeutiche e di interventi finalizzati al recupero dell'equilibrio psico-sociale dell'adolescente.
- Prevenzione e orientamento: attività di informazione finalizzata ad evitare comportamenti dannosi per la salute psico-fisica.

“PROGETTO GIOVANI” REGIONE EMILIA ROMAGNA

Particolarmente importante è il programma di intervento Giovani e Consultorio avviato nel 1987 dalla Regione Emilia Romagna che prevedeva l'apertura in 14 USL della Regione di uno Spazio riservato esclusivamente agli adolescenti.

L'esigenza di attivare uno spazio specifico era sorta dalla constatazione della scarsa affluenza dei ragazzi ai servizi pubblici. Si evidenziavano quindi modalità organizzative non adeguate alle problematiche giovanili, a fronte tuttavia di un emergere di tali problematiche e di un dovere istituzionale di favorire la promozione della salute in questa fascia di età.

Sono stati così definiti questi servizi rivolti “alla normalità adolescenziale” e sono state individuate quali tematiche prioritarie, quelle relative alla sessualità, alla contraccezione e all'area affettivo-relazionale.

Elementi chiave del progetto “Giovani e consultorio” sono:

- La caratterizzazione in senso promozionale e relazionale del servizio
- La garanzia di interventi individuali e di gruppo fortemente personalizzati e flessibili
- Offerta di prestazioni sanitarie, psicologiche e sociali.

Obiettivi primari:

- Aumentare e facilitare la conoscenza e l'accesso al servizio
- Garantire interventi per rispondere a tutte le esigenze dei ragazzi nell'ambito delle tematiche consultoriali
- Qualificare l'impegno preventivo nell'ambito dell'educazione sanitaria attraverso progetti che coinvolgano genitori, scuola e aggregazioni giovanili.

Le ragazze sono le principali frequentatrici del consultorio, è molto bassa l'affluenza di adolescenti maschi: questo

può derivare dall'idea che lo Spazio Giovani, come consultorio familiare è un luogo per “il genere femminile”. I ragazzi, tuttavia, accedono in qualità di accompagnatori e spesso partecipano insieme alle ragazze ai colloqui informativi.

E' opportuno riflettere sul fatto che a tutt'oggi il servizio è frequentato prevalentemente da ragazzi scolarizzati; è importante quindi adeguare le strategie di pubblicizzazione del servizio per raggiungere le fasce di adolescenti più a rischio.

PIANI SANITARI NAZIONALI

I Piani Sanitari, dal 1994 in poi, hanno indicato gli obiettivi ed azioni da svolgere, in ambito Nazionale, a favore degli adolescenti. In particolare:

- Prevenire i comportamenti a rischio in età adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, alle autolesioni e alla dipendenza.
- Prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti.
- Promuovere la procreazione cosciente e responsabile;
- Monitorare lo stato di salute dell'infanzia, della pre-adolescenza e dell'adolescenza nella dimensione fisica, psichica e sociale, anche avvalendosi dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia.
- Attuare interventi per la salute in età pre-adolescenziale e adolescenziale.
- Integrare i servizi materno-infantili con quelli socio-assistenziali ed educativi, anche tenendo conto di quanto previsto nel Piano Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

ASPETTI ASSISTENZIALI

A fronte di queste risorse si deve, tuttavia, riconoscere che nell'assistenza esistono diversi punti di debolezza e fragilità per quanto riguarda: l'integrazione fra ambiti ospedalieri e territoriali, gli aspetti organizzativi e la sovrapposizione degli interventi socio-sanitari.

Oltre l'85% degli adolescenti italiani con età maggiore a 14 anni, viene ricoverato in reparti per adulti. La situazione

ne a livello territoriale non è migliore: i circa 7.400 pediatri di famiglia assistono meno del 50% degli adolescenti di 11-14 anni e solo pochissimi oltre questa età.

LIVELLI ASSISTENZIALI E PROPOSTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLA ADOLESCENZA (SIMA)

Dal punto di vista assistenziale, tenendo conto della progressiva diminuzione del numero dei medici in generale e dei pediatri in particolare, è stato ipotizzato un modello organizzativo articolato in 2 livelli assistenziali:

- **Primo livello**, identificabile con i Medici delle Cure Primarie e i Servizi territoriali, ha compiti di educazione sanitaria, prevenzione, filtro e quando possibile trattamento delle condizioni più comuni della età adolescenziale sia in ambito individuale che collettivo, con particolare attenzione al mondo della scuola.

A livello delle cure primarie dovrebbe essere sviluppato un Progetto Salute Adolescente, analogo a quanto già attuato con il Progetto Salute Infanzia 0-6 anni dalla Pediatria di famiglia (già esteso in alcune regione all'età preadolescenziale), che preveda l'esecuzione di bilanci di salute dedicati ad età filtro, anche attraverso modalità di chiamata attiva. Tali bilanci avrebbero anche il compito di sostituire pregresse forme di intercettazione delle patologie adolescenziali oggi non più attive (es. visita di leva). Per svolgere queste funzioni, gli operatori coinvolti (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, pediatria di comunità, infermieri pediatrici, etc.) dovranno possedere specifiche conoscenza e competenze di adolescentologia. In particolare, dovranno:

- Conoscere la variabilità dello sviluppo fisico, puberale, psico-sociale e saper rilevare eventuali patologie ad esse correlate.
- Conoscere le patologie che iniziano nell'età adolescenziale, con particolare riferimento alle problematiche andrologiche e ginecologiche.
- Possedere la capacità di riconoscere gli aspetti extramedici dei problemi medici.
- Conoscere le problematiche connesse alla sessualità, procreazione responsabile, malattie sessualmente trasmesse ed al disagio psico-sociale.

- Saper sviluppare i temi della prevenzione, informazione, educazione alla salute, alla attività motoria, ai comportamenti e stili di vita nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione del fumo di tabacco, della tossicodipendenza, dell'alcolismo e del doping.
- Saper valutare lo stato vaccinale.
- Conoscere le tecniche per l'approccio relazionale con l'adolescente.
- Conoscere gli aspetti normativi e medico-legali.

- **Secondo livello**: 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.

Il secondo livello ha anche compiti di produrre cultura e di collaborazione con le strutture di I livello che si occupano di adolescenti.

Devono essere istituite delle modalità programmate di passaggio assistenziale (transizione) tra i servizi pediatrici e i servizi dell'adulto.

Tra pediatra di famiglia e medico di medicina generale, vi dovranno essere dei protocolli, riconosciuti in ambito di contrattazione nazionale, che consentano al nuovo curante, oltre a prendere in cura l'individuo, 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.

ASPETTI FORMATIVI

Dal punto di vista **formativo**, si deve individuare un core curriculum in adolescentologia il cui insegnamento dovrebbe essere assicurato a tutti gli studenti del Corso di Laurea Spe-

cialistica in Medicina e Chirurgia. Inoltre, i curricula della Scuola di Specializzazione in Pediatria e i programmi di Educazione Continua in Medicina dovranno assicurare l'acquisizione di competenze omogenee su tutto il territorio nazionale in questo settore, anche con il contributo delle Società Scientifiche, in particolare della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, nella definizione dei programmi.

LA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLA ADOLESCENZA E LA RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA DELLA ADOLESCENZA (RIMA)

A fronte di tutte queste problematiche, si deve comunque considerare che, in questi ultimi anni, sono stati ottenuti, grazie all'impegno congiunto della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Medicina della Adolescenza, alcuni importanti riconoscimenti che sottolineano il ruolo centrale del pediatra nella didattica e nell'assistenza in ambito adolescentologico. Questi riconoscimenti possono rappresentare la base di discussioni con le competenti autorità per il pieno riconoscimento della adolescentologia come parte integrante della pediatria.

La RIMA vuole essere un ulteriore segno concreto delle finalità della Società e, quindi, ha lo scopo di rappresentare un punto di incontro per tutti coloro che sono interessati all'adolescenza e che operano nell'ambito della ricerca, dei servizi, dell'insegnamento, della terapia, dell'educazione e del counselling.

In linea con questa politica editoriale la RIMA viene pubblicata tre volte all'anno e si occupa di problemi acuti, cronici e preventivi che si riferiscono alla cura ed al benessere degli adolescenti. Pertanto, la rivista si rivolge ai pediatri, internisti, medici di base, ginecologi, medici sportivi, psicologi, psichiatri, sociologi, nutrizionisti ed operatori sanitari.

L'impostazione della rivista è sostanzialmente la seguente:

1. Editoriale.
2. Articoli di aggiornamento (2-3 per numero) e lavori originali.

3. Presentazione di casi clinici e rubrica iconografica (2 per numero).
4. L'angolo dello specialista.
5. Note di laboratorio.
6. Front line: presentazione di esperienze sul campo, progetti, idee anche in ambito non medico (scuola, associazioni, volontariato, mondo dello sport, etc.).

E' previsto uno spazio per contributi scientifici, in lingua inglese, da parte di pediatri di altri Paesi. In particolare, MAGAM News (Mediterranean and Middle East Action Group for Adolescent Medicine) ed Emothal, che si occupa di patologie molto comuni nell'area del Mediterraneo (Talasemie ed Emoglobinopatie).

BIBLIOGRAFIA

- 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): 20-4.
- OMS. Rapport technique n. 308. Les problèmes de santé de l'adolescence. Genève; 1965.
- Perletti L, Lispi L. L'organizzazione dell'assistenza per l'adolescente: l'ospedale. X Congresso Nazionale, Società Italiana di Medicina della Adolescenza. Cagliari: Scripta Manent; 2003. p. 11-7.
- 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: 221-8.
- Saggese G, Bertelloni S. Politiche sanitarie a favore degli adolescenti. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 2000; 26: 704-7.
- Marinello R. L'adolescente ed il pediatra di famiglia. *Doctor Pediatra* 1996; 6: 21-6.
- De Sanctis V, Bertelloni S, Marinello M, Pintor C, Raiola G. Medicina della Adolescenza. *Quaderni di Pediatria* 2006; 5: 57-8.
- Regoliosi L. I servizi per gli adolescenti in Italia. In: *Giovani possibili*. L. Regoliosi, P. Misesti, A. Terzi. La Meridiana 2006. p. 17.
- Salvini P, Petraroli M. I consultori per adolescenti: analisi a confronto nella realtà italiana. *Riv Ital Med Adol* 2006; 4 (Suppl. 1): 42-4.