

COLLABORARE SI PUÒ!

Esperienza con adolescenti in una medicina di gruppo mista

Ricerca

DANIELA MASPERO, GIULIO PEZZO*, VIVIANA VANIN*, RAFFAELE MANGIA*, DANIELA GOLASSENII**

Pediatra di Libera Scelta;

** Medico di Medicina Generale;*

*** Tirocinante in Medicina Generale Medicina di gruppo mista, Distretto 4 ASL Milano*

Il nostro gruppo di lavoro è costituito da tre Medici di Medicina Generale (MMG) e da un Pediatra di Libera Scelta (PLS), tutti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (ASL 1 Milano). Lo studio medico è sito a Milano, in una zona periferica ma residenziale e con una popolazione mediamente in buone condizioni economiche.

La presenza del pediatra ci ha favorito nel focalizzare l'attenzione sugli adolescenti e sulle loro problematiche. L'adolescente, che attraversa un momento fisiologico di transizione, vive contemporaneamente anche la sostituzione del PLS con il MMG. Sappiamo che questo momento delicato della vita rende il soggetto più vulnerabile nel suo equilibrio psico-fisico.

Il nostro obiettivo è di assistere e seguire, nel passaggio delle assistenze sanitarie, gli adolescenti in modo adeguato alle necessità individuali, consolidando le basi di una medicina preventiva che deve prendere il sopravvento sulla medicina curativa: l'individuazione precoce dell'insorgenza del disagio o dello stato di sofferenza organica permette di impostare un piano di trattamento in tempi utili per prevenire l'evoluzione verso uno stato di malattia.

Il punto di partenza per l'elaborazione di un metodo specifico e comune nel seguire gli adolescenti è l'attenta e sistematica analisi di una serie di parametri indicatori sullo stato di salute. Per questo motivo abbiamo elaborato e applicato uno strumento di lavoro condivisibile da più operatori: un "bilancio di salute".

Il primo scopo è quello di eliminare la sterile conflittualità di competenza tra i diversi ruoli istituzionali sanitari poiché, a nostro avviso, non è importante chi segua questi giovani a condizione che chi se ne occupa lo faccia con competenza ed efficacia.

I bilanci di salute dell'adolescente rappresentano un punto di riferimento per una valutazione globale dello stato di benessere psico-fisico dei ragazzi/ragazze tra i 10 e i 18 anni che hanno caratteristiche peculiari a seconda della fase di sviluppo adolescenziale considerata (iniziale, intermedia, finale).

Istituzionalmente in Italia, in questa fascia d'età, l'assistenza sanitaria (SSN) è erogata fino ai 14 anni (con poche deroghe fino ai 16 in caso di determinate patologie croniche) dai PLS e solo successivamente dai MMG. Nasce così l'esigenza di una stretta e continua collaborazione tra queste due figure mediche, affinché non si

perda l'occasione per assicurare un'assistenza adeguata e continuativa a una fascia di popolazione che vive un periodo di vita difficile ed estremamente mutevole.

Per la creazione di tale strumento di lavoro (bilancio di salute psico-fisica dell'adolescente), comune e condivisibile da più operatori sanitari del territorio (MMG e PLS), abbiamo messo a punto uno studio osservazionale. Tale lavoro ha coinvolto 165 adolescenti, corrispondenti al 54% degli iscritti nelle nostre liste e che sino ad oggi hanno dato la disponibilità a partecipare allo studio.

Su una popolazione liberamente iscritta alla nostra medicina di gruppo gli adolescenti rappresentano circa il 6% dei pazienti in carico ai MMG.

SCOPI DEL PROGETTO

- Promuovere la continuità assistenziale in una fascia d'età eterodossa con recupero di un linguaggio non solo verbale ma anche comportamentale comprensibile all'adolescente stesso.
- Valutare e creare spazi temporali dedicati solo all'adolescente nell'ambito dello spazio temporale dell'orario di ambulatorio.
- Individuare i fattori di rischio fisici e comportamentali per futuri possibili situazioni critiche.
- Creare un *feeling* con l'adolescente per possibili azioni attuali o future di *counselling* con un operatore "amico" già conosciuto.
- Coordinare un'azione sinergica con i genitori e gli insegnanti per una strategia comune di crescita.
- Promuovere un'educazione sanitaria e fare prevenzione (soprattutto per quanto riguarda la propria identità, la funzione sessuale, i metodi anticoncezionali, le tossicodipendenze ecc.).
- Presentare e richiedere collaborazione alle strutture territoriali e ospedaliere specifiche per le singole problematiche riscontrate.
- Raccogliere dati per studi.

SCELTA DEI PAZIENTI

L'arruolamento dei pazienti è in parte occasionale e in parte a richiamo sistematico.

Il pediatra esegue i bilanci di salute fisico-comportamentali prima del termine del periodo di competenza

entro il quattordicesimo anno e rilascia una scheda all'adolescente che provvederà a consegnarla al MMG alla prima visita. Questi esegue i bilanci di salute fisico-comportamentale alla prima visita tra 14 e 18 anni e rilascia una scheda all'adolescente.

TIPO DI VALUTAZIONE DEI BILANCI DI SALUTE

- Valutazione fisica (ad es. peso, altezza, pressione arteriosa [PA], *Body Mass Index* [BMI], *screening*, vaccinazioni, valutazione sviluppo puberale). La prima parte del progetto, prettamente clinica, è svolta dal medico.
- Consegna del questionario di valutazione socio-ambientale per l'individuazione di rischi comportamentali (ad es. disturbi dell'alimentazione, abuso di sostanze ecc.). Questa parte è somministrata dal pediatra fino ai 14 anni; dai 14 anni in poi il questionario è consegnato in busta chiusa all'adolescente, che in sala d'attesa compilerà liberamente e possibilmente senza l'aiuto dei familiari, rispettando la massima discrezione e privacy.

RISULTATI PRELIMINARI

Aspetti fisici

L'anamnesi risulta non significativa nel 64% dei casi, mentre l'esame obiettivo si è dimostrato nella norma nel 71% dei casi.

Questi dati indicano che la nostra attenzione è rivolta fondamentalmente a una popolazione sana, quindi non a "pazienti" in senso stretto: uno degli scopi di questo lavoro è imparare a non *medicalizzare* questa fascia di età.

Osservando i dati relativi allo studio del BMI nella nostra popolazione di adolescenti, corretto per le tabelle di Cole (Figg. 1-3), si evidenzia che:

- il 14% dei casi è costituito da soggetti in sovrappeso con un BMI > 25 e < 30;
- il 4% dei casi è costituito da soggetti obesi con un BMI > 30;
- nelle ragazze il 15% è in sovrappeso e il 2% è obeso;
- nei ragazzi il 13% è in sovrappeso e il 5% è obeso.

Nello studio dei percentili della pressione arteriosa corretta per età e altezza abbiamo osservato che nella

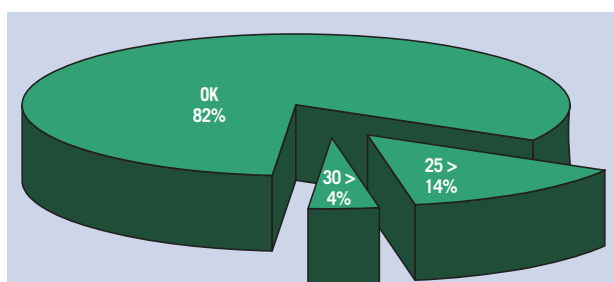


Figura 1
BMI Cole nella popolazione totale adolescenti.

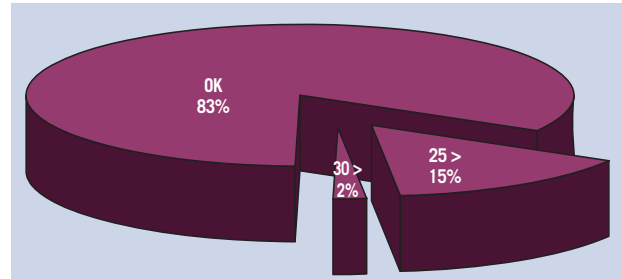


Figura 2
BMI Cole adolescenti femmine.

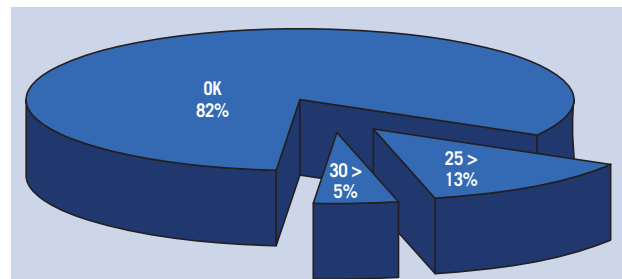


Figura 3
BMI Cole adolescenti maschi.

nostra popolazione totale di adolescenti il 5% ha dei valori pressori > 95° percentile (2% femmine, 3% maschi) (Figg. 4-6).

Abbiamo rilevato, ancora, che il 7% dei ragazzi è affetto da varicocele.

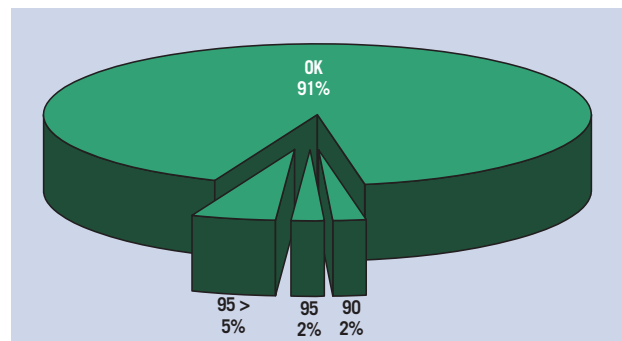


Figura 4
Percentile pressione nella popolazione totale adolescenti.

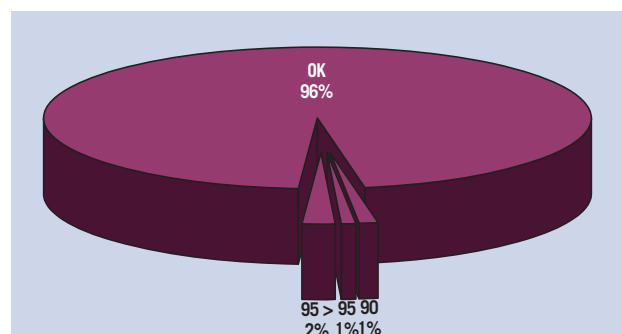


Figura 5
Percentile pressione adolescenti femmine.

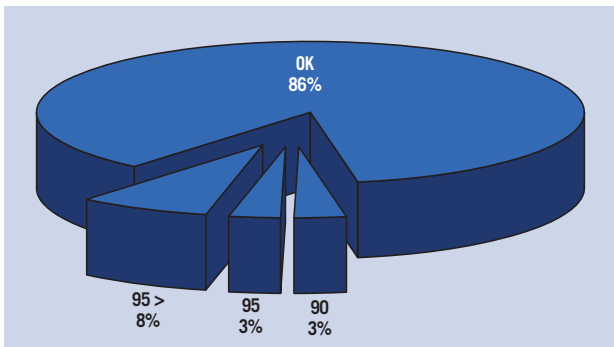


Figura 6
Percentile pressione adolescenti maschi.

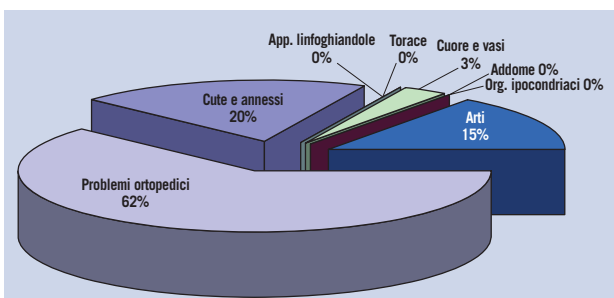


Figura 7
Distribuzione patologie.

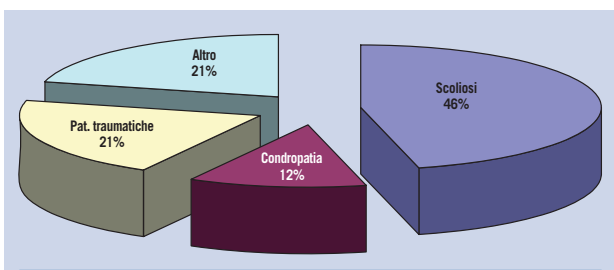


Figura 8
Suddivisione problemi ortopedici.

Nell'ambito delle patologie (Fig. 7) prevalgono le problematiche ortopediche (prevalenza 62%) e, all'interno di queste, la più diffusa è la scoliosi (Fig. 8).

Aspetti psico-comportamentali

Dall'analisi della codifica delle risposte dei questionari somministrati agli adolescenti (Fig. 9) abbiamo osservato che i problemi emersi più frequentemente (denunciati dagli stessi ragazzi/ragazze) sono:

- scarsa attività fisica;
- cattive abitudini alimentari;
- aumento del consumo di alcol e tabacco con il passare degli anni.

I dati disaggregati per età della popolazione adolescente rispondente sono riportati nelle Figure 10 e 11.

CONCLUSIONI

Questo studio ci ha offerto uno spunto per focalizzare l'attenzione su una fascia d'età che spesso è "terra di nessuno"; abbiamo imparato dalle situazioni a comunicare con un linguaggio differente, riservando spazi e tempi nuovi nell'ambito del nostro lavoro quotidiano. Lo strumento di lavoro messo a punto è fruibile potenzialmente da più operatori sanitari e consente un approccio multidisciplinare e integrato verso i problemi dell'adolescente.

I dati raccolti ci permettono di realizzare un intervento preventivo su alcuni fattori di rischio, sia fisici sia comportamentali, e/o di avviare metodiche di *counselling* specifico e mirato.

Ci siamo riappropriati della fiducia di qualche genitore e soprattutto di qualche adolescente, che ci potrà vedere oggi e in futuro, in caso di necessità, come un operatore "amico" pronto a scendere in campo al suo fianco.

Lo studio osservazionale, iniziato da poco tempo, continua e offre un nuovo mezzo di comunicazione effi-

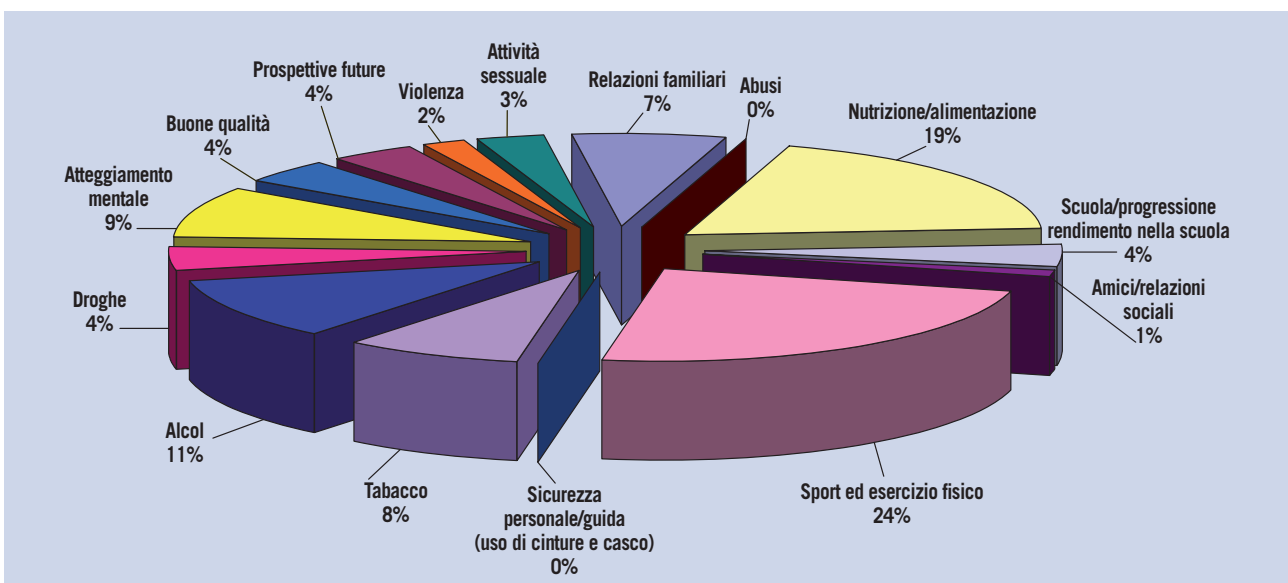


Figura 9
Codifica delle risposte dei questionari somministrati agli adolescenti.

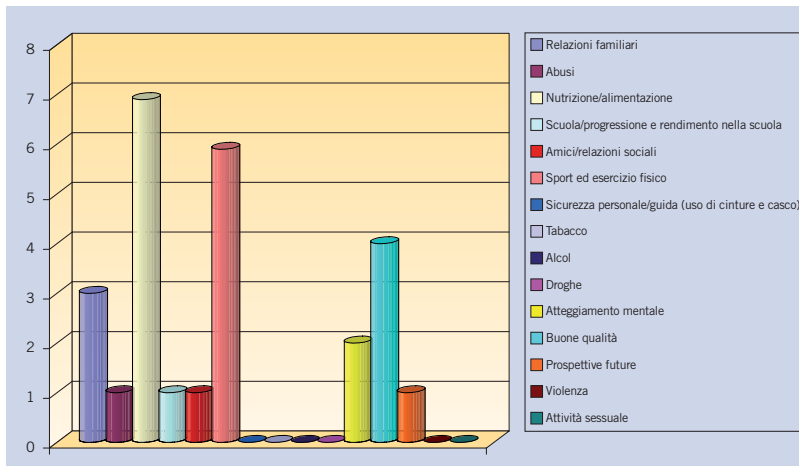


Figura 10
Dati disaggregati della popolazione adolescente: età 12 anni.

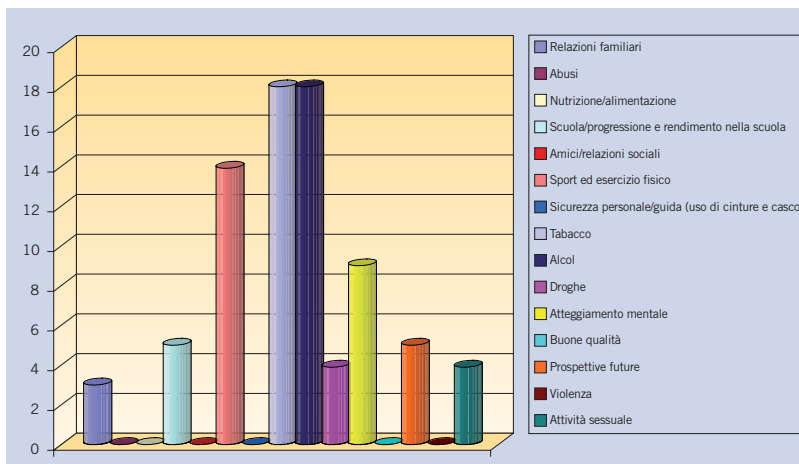


Figura 11
Dati disaggregati della popolazione adolescente: età 18 anni.

cace nella collaborazione tra pediatri e MMG. Questi ultimi sono in genere più attenti, per loro formazione, alle problematiche dell'adulto e dell'anziano: la nostra speranza è, invece, di stimolarlo affinché sia sensibile anche verso il mondo degli adolescenti.

Bibliografia

De Sanctis V. *Manuale di adolescentologia*. Pisa: Pacini 2002.

De Sanctis V, Covoni MR, Raiola G. *L'approccio all'adolescente*. Area Pediatrica 2003;8:30-4.

Saggese G, Bertelloni S, Battini R. *I bilanci di salute dell'adolescente*. Riv Ital Pediatr 1998;24:517-20.

Bona G. *Le vaccinazioni nell'adolescente*. Medico e Bambino 2003;22:503-6.

Bertelloni S, De Luca G. *Adolescenza. I bilanci di salute*. Occhio Clinico Pediatria 2004;8:52-3

De Sanctis V. *Segni e sintomi in medicina dell'adolescenza*. Milano: Scripta Manent 2005.

Errata Corrige

IL DOPING. DEFINIZIONE, ASPETTI NORMATIVI, CLASSI DI SOSTANZE VIETATE

Maria Grazia Rubenni

Specialista in Medicina dello Sport, FIGC, Firenze

Articolo pubblicato nella rubrica "Nuove tematiche" del numero 5 dell'ottobre 2006 della rivista SIMG

Nella Tabella riepilogativa "Violazioni del Regolamento" il punto 1.7.2 viene sostituito con:

Salvo l'uso terapeutico consentito ... od altro giustificato motivo, il possesso – in relazione ad un atleta, a una competizione o a un allenamento – da parte del personale di supporto degli Atleti in qualsiasi momento o luogo di una sostanza vietata nei test fuori competizione e/o la pratica di un metodo proibito.