

Mario D'Uva¹, Michele Langella², Giuseppina Ragni³

¹ Medico di Medicina Generale, SIMG Latina; ² Medico non strutturato, Gruppo di Studio Collaborativo Cure Primarie Orion2006, Cisterna di Latina; ³ Pediatria di libera scelta, Cisterna di Latina

Gli adolescenti assistiti dal medico di medicina generale ... come migliorare la pratica

Studio osservazionale sulla transizione degli adolescenti con e senza condizioni patologiche croniche al sistema delle cure per l'adulto nel Distretto 1 ASL Latina

Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è quello di esplorare e analizzare la pratica assistenziale durante la transizione alle cure dell'adulto per la popolazione di adolescenti nell'ambito della medicina primaria partendo dai dati di una nostra indagine osservazionale condotta nel Distretto 1 della ASL Latina. In particolare si descrive come i medici di medicina generale (MMG) accolgono e gestiscono i loro nuovi assistiti adolescenti, i comportamenti e le aspettative dei pazienti adolescenti (14-18 anni) e dei loro genitori e si discute per capire quali interventi possono essere messi in atto dal MMG per migliorare il processo stesso di transizione nel presupposto che ciò possa significare un guadagno di salute della popolazione. Sebbene venga riconosciuto agli interventi di educazione sanitaria un ruolo importante nel favorire i determinanti della salute della popolazione giovanile ¹⁻⁴ non ci sono studi che provino l'evidenza di efficacia quando gli interventi sono attuati in maniera personalizzata nel setting della medicina primaria e dai MMG in particolare sugli assistiti adolescenti. Comunque alcune istituzioni importanti raccomandano di far acquisire all'adolescente, nella fase di transizione, le competenze necessarie alla comprensione della sua condizione di giovane adulto e/o di malato cronico ⁵. Nel nostro sistema sanitario sono di competenza dei MMG e dei pediatri di libera scelta (PLS) sia l'assistenza primaria con le cure

appropriate che la prevenzione e l'educazione sanitaria personalizzata finalizzata al mantenimento e alla salvaguardia della salute.

La nostra indagine descrittiva mostra che la transizione e l'attuale pratica assistenziale non sono ben strutturate e potrebbero essere ottimizzate.

Materiali e metodi

È stato disegnato uno studio osservazionale in forma di indagine con un questionario anonimo che aveva come obiettivo la conoscenza, all'epoca della transizione alle cure dell'adulto, di opinioni, aspettative e comportamenti dichiarati di adolescenti, loro genitori e medici delle cure primarie (PLS e MMG) del Distretto 1 Latina.

Lo studio ha ottenuto l'approvazione del Comitato Etico locale. I questionari erano strutturati a domande chiuse e diversificati per le varie popolazioni oggetto di studio. Nei mesi da marzo a maggio 2013 sono stati intervistati 58 adolescenti con età compresa tra 14 e 18 anni, di cui 11 affetti da patologia cronica, e un loro genitore, dal quale è stato ottenuto il consenso informato esteso.

In occasione di una riunione distrettuale è stato somministrato ai MMG un questionario inerente il comportamento tenuto sull'accoglienza e gestione dei loro assistiti fino a 18 anni. Hanno aderito 59 MMG.

Risultati

Le domande poste ai MMG erano sette, vedi Tabella I.

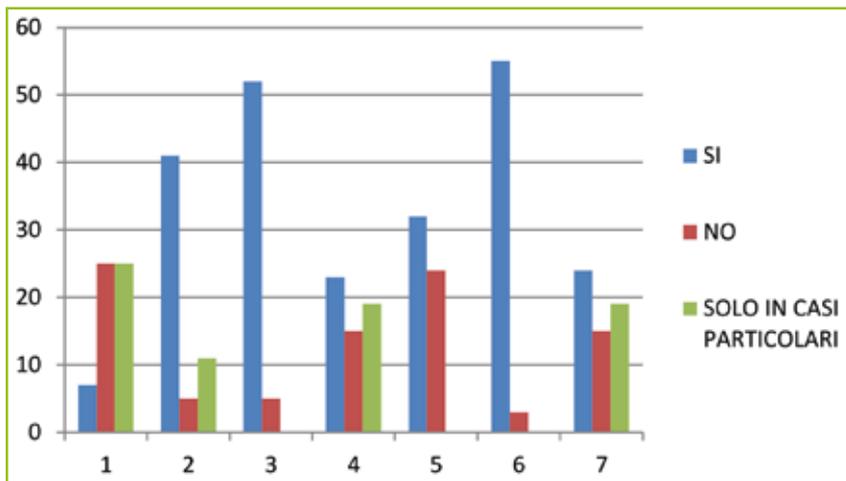
Il 54% dei MMG dichiara di ricevere un report sulla storia clinica pregressa al momento della prima visita; l'89% dichiara di eseguire una prima visita

TABELLA I.

Questionario per i MMG.

1. Al momento della prima visita, il genitore del paziente adolescente porta con sé un report redatto dal pediatra?
2. Al momento della presa in carico del nuovo assistito adolescente esegui una prima visita medica dedicata?
3. Nella tua pratica tieni conto, riguardo alla riservatezza e privacy, delle preferenze del paziente anche se minore?
4. Alle prime consultazioni formuli e descrivi con il paziente e la famiglia un programma di educazione terapeutica e di medicina preventiva personalizzato?
5. In particolare analizzi con l'adolescente di entrambi i generi un programma di educazione alla sessualità responsabile?
6. In caso di patologie croniche discuti con il paziente e la famiglia il programma di cure e follow-up?
7. Stabilisci un collegamento con il Centro di II o III livello per favorire l'aderenza alle cure e monitoraggio del paziente con malattia cronica?

FIGURA 1.
Risposte dei MMG.



medica dedicata al paziente neo-iscritto adolescente; l'88% dichiara che tiene conto delle preferenze del paziente adolescente, anche se minore; il 71% dichiara di formulare un programma per-

sonalizzato di educazione terapeutica e per la salvaguardia della salute; infine il 54% riferisce di affrontare un programma per la sessualità responsabile in maniera opportunistica (Fig. 1).

Le domande poste agli adolescenti erano sette, vedi Tabella II.

Il 47% degli adolescenti intervistati dichiara di non aver mai posto domande al medico riguardo al suo stato di salute; il 26% di non essere mai stato visitato dopo l'iscrizione con il MMG; il 35% riferisce di non aver mai avuto raccomandazioni sulla prevenzione sanitaria dal MMG; il 98% dichiara di recarsi alle consultazioni con il MMG accompagnato da un familiare; infine il 97% dichiara che nell'ultimo anno non ha dovuto fronteggiare una situazione o rischio potenziale per la sua salute (Fig. 2).

Le domande poste ai genitori degli adolescenti erano tre, vedi Tabella III.

Il 93% dei genitori dichiara che il proprio figlio partecipa alle decisioni che riguardano la sua salute; il 70% riferisce che il MMG non ha concordato con loro un piano di controllo e cura; il 34% ritiene che il livello di qualità percepita dell'assistenza si sia ridotto nel passaggio alle cure dell'adulto presso il MMG (Fig. 3).

TABELLA II.
Questionario per gli adolescenti.

- Hai posto in qualche occasione delle domande al pediatra su problemi correlati alla tua salute?
- Quante volte sei stato dal medico di famiglia da quando è avvenuta la transizione?
- Riguardo al tuo stato di salute ti sentivi più sicuro con il pediatra rispetto al medico di famiglia?
- In qualche occasione di visita con il medico di famiglia ti è stata data qualche informazione di prevenzione sanitaria?
- Ti è stato spiegato dal medico di famiglia il programma di visite mediche per la tua malattia cronica?
- Quando ti sei recato dal medico di famiglia sei sempre stato accompagnato da un genitore o un familiare?
- Durante l'ultimo anno ti sei trovato esposto e hai dovuto fronteggiare situazioni di rischio potenziale per la salute come fumo, alcool, droga, sessualità irresponsabile o altro?

FIGURA 2.
Risposte degli adolescenti 14-18 anni.

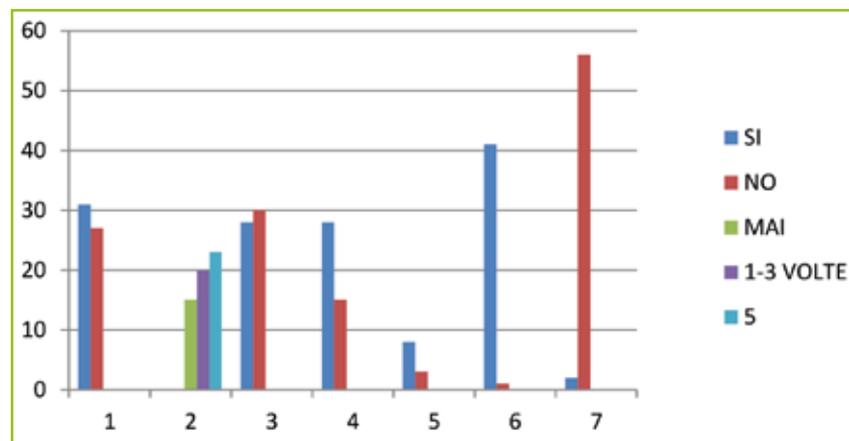
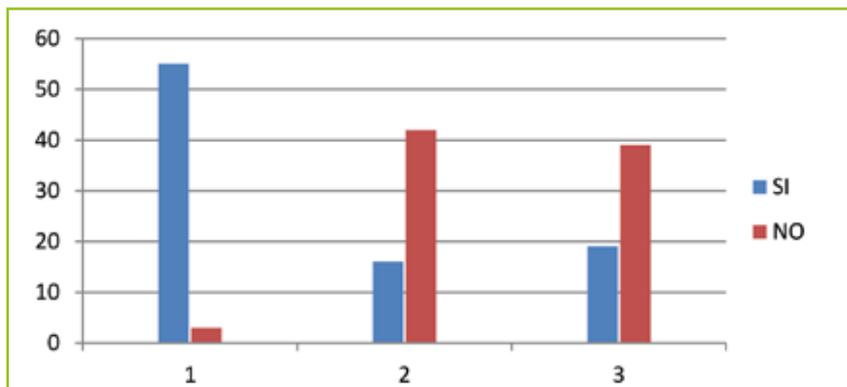


TABELLA III.
Questionario per i genitori.

- Suo figlio partecipa attivamente alle decisioni che riguardano la salvaguardia del proprio stato di salute?
- Il medico di famiglia che ha preso in cura suo figlio ha concordato con lei un piano o un programma di controllo e cura?
- Ritiene che la transizione alle cure dell'adulto abbia ridotto il livello di qualità dell'assistenza sanitaria a suo figlio?

FIGURA 3.
Risposte dei genitori.



Discussione

Le informazioni raccolte nella nostra indagine si riferiscono a dichiarazioni e opinioni soggettive. Tuttavia, pur con questo limite, riteniamo che possano essere utilizzate per descrivere lo stato attuale della pratica e per capire dove è possibile, se si vuole, apportare modifiche per migliorarla.

La mancanza di una pianificazione delle visite con un programma di interventi sembra un elemento importante per i genitori degli adolescenti dopo il passaggio dal PLS a MMG e infatti ritengono che il livello di qualità percepita dell'assistenza sanitaria si riduca.

Molti adolescenti dichiarano di non aver mai ricevuto interventi di prevenzione e di educazione sanitaria personalizzata, nonostante la gran parte dei MMG dichiarati di effettuare una prima visita dedicata e di proporre una prevenzione ed educazione alla salvaguardia della salute anche non strutturata. È molto probabile che il MMG lo faccia solo in maniera opportunistica e quindi solo nei confronti degli adolescenti che accedono allo studio medico. Sappiamo che solo il 70% della popolazione adolescente tra i 12 e 18 anni ha almeno un contatto annuale con il MMG⁸.

Sembra che gli adolescenti abbiano scarsa consapevolezza dell'esposizione a rischi potenziali per la salute, probabilmente la famiglia e la scuola non sono sufficienti a questa conoscenza.

Mentre alcune revisioni della letteratura mostrano evidenze di efficacia sugli esiti di salute utilizzando modelli di coinvolgimento

proattivo dei pazienti affetti da condizioni patologiche-chroniche durante la transizione, non è così per gli interventi con modelli di transizione strutturata che comprendano anche aspetti di educazione alla salvaguardia della salute negli adolescenti altrimenti sani¹⁰.

Tuttavia alcune esperienze italiane indicano che la prassi può essere migliorata con interventi strutturati programmati e integrati nella medicina primaria^{6,7}.

Interventi che peraltro potrebbero risultare sostenibili considerando che la popolazione adolescenziale neo-iscritta con un MMG non supera in media le 5 unità per anno.

Nella pratica si osservano molte varie situazioni da quelle in cui l'adolescente, accompagnato dai genitori, rimane indifferente o distratto, a quelle in cui accede da solo con le motivazioni tra le più varie che però possono celare bisogni inespressi e che sono peculiari proprie di questa età. Si creano nell'adolescente nuove esigenze e bisogni da soddisfare, per effetto della maturazione del corpo e di altri fattori come le pressioni culturali, le aspettative sociali e le aspirazioni individuali. Egli deve affrontare problemi e situazioni nuove i cosiddetti "compiti evolutivi" che tenta di risolvere attraverso strategie adattative, a cui non sempre è preparato.

Le caratteristiche di questa epoca della vita sono la ricerca di una autonomia psicologica, il conflitto tra dipendenza e indipendenza dai genitori, la percezione del corpo che si modifica, la scoperta della sessualità, il desiderio di "rischiare". L'adolescente è maggiormente esposto più delle altre epo-

che della vita a rischi per la salute (Tab. IV) e al possibile fallimento terapeutico per il rifiuto naturale della malattia e delle cure.

Per migliorare la pratica nella medicina primaria bisogna ottimizzare le competenze organizzative, relazionali e tecnico-scientifiche.

Ci sono dunque aspetti organizzativi che possono essere ottimizzati dalla prima visita dedicata, alla pianificazione condivisa con adolescente e un genitore, di almeno 1 incontro per anno dai 14 ai 18 anni. Alcuni di questi incontri possono anche coincidere, in maniera opportunistica, con gli accessi per bisogni di salute degli adolescenti, ad esempio per le richieste di certificazioni o quando il MMG è chiamato a intervenire, direttamente o indirettamente per questioni che riguardano la salute dell'adolescente o per i conflitti con i genitori.

Tutte queste occasioni che richiedono compiti di assistenza sanitaria diagnostica e terapeutica già impegnano, e non poco, le abilità relazionali e comunicative del MMG. In ogni caso il suo necessario approccio biopsico-sociale rende più facile svolgere anche compiti con interventi di natura preventiva e di educazione alla salvaguardia della salute soprattutto in questa fascia di età.

È utile chiedere un report anamnestico redatto dal PLS che facilita l'inizio della relazione con l'assistito adolescente soprattutto se portatore di una condizione patologica

TABELLA IV.

Rischi potenziali per gli adolescenti.

1. Alcool
2. Fumo di sigaretta
3. Droga
4. Malattie trasmesse per via sessuale
5. Gravidanze indesiderate
6. Violenza
7. Comportamenti antisociali
8. Disturbi dell'alimentazione
9. Sedentarietà
10. Isolamento in mondo virtuale
11. Traumi da incidenti stradali

TABELLA V.

Conoscenze che l'adolescente dovrebbe acquisire in fase di transizione.

1. Comprendere il funzionamento degli organi/apparati interessati dalla malattia ed essere in grado di spiegarlo agli altri
2. Essere in grado di riconoscere un eventuale peggioramento clinico o di complicanze e di prevederle e prevenirle
3. Conoscere il funzionamento di piccole apparecchiature ed essere in grado di risolvere problemi relativi di piccola entità
4. Conoscere i nomi dei farmaci e i loro effetti e reazioni avverse, acquisendo piena autonomia nell'assunzione
5. Sapersi occupare della propria igiene personale
6. Riconoscere le figure di riferimento e supporto alle quali rivolgersi in caso di problemi
7. Essere informati circa la sessualità responsabile e la prevenzione di malattie a trasmissione sessuale
8. Essere a conoscenza dei rischi connessi all'abuso di fumo di tabacco, droghe e alcool
9. Conoscere e assumere una corretta alimentazione
10. Conoscere i rischi connessi con il gioco virtuale e l'isolamento in mondo virtuale
11. Praticare regolarmente attività fisica

cronica, relazione che in ogni caso il MMG dovrebbe indirizzare verso quella di "tipo adulto", rispondendo al bisogno di informazioni anche non esplicite e sostenendo la maturazione della sua consapevolezza e autonomia.

Infine nel costruire ed effettuare un piano di intervento educativo personalizzato, integrativo a quello fornito dalla famiglia e dalla scuola, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggerisce ^{6,9} che gli obiettivi degli interventi educativi per la salvaguardia della salute sugli adolescenti siano prevalentemente quelli di rendere la persona consapevole e capace di prendere decisioni appropriate (*life skills*) circa i problemi di salute (Tab. V).

L'impatto organizzativo per implementare tutto questo cambiamento migliorativo potrebbe essere anche considerato sostenibile in quanto la prevalenza media degli assistiti con età tra i 7 e 18 anni iscritti con un MMG varia dal 6 al 8%, mentre l'incidenza di nuovi iscritti per anno è in media

inferiore a 1% e di fatto per ogni 1000 assistiti ci sono in carico circa 70 adolescenti di cui 5 nuovi per anno.

Resta da valutare se questo cambiamento possa corrispondere a esiti di salute misurabili a distanza per la popolazione generale.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i medici di medicina primaria del Distretto 1 ASL Latina.

Bibliografia

- 1 Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. *Adolescence: a foundation for future health*. Lancet 2012;379:1630-40.
- 2 Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. *Adolescence and the social determinants of health*. Lancet 2012;379:1641-52.
- 3 Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, et al. *Worldwide application of prevention science in adolescent health*. Lancet 2012;28;379.
- 4 Patton GC, Coffey C, Cappa C, et al. *Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data*. Lancet 2012;379:1665-75.

- 5 American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. *Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home*. Pediatrics 2011;128;182.

- 6 Bernasconi S, Cremonini G, Melandri L, et al. *Dal pediatra all'internista: una fase di transizione da organizzare*. Pediatria Preventiva & Sociale 2007;4:7-12.

- 7 Maspero D, Pezzo G, Vanin V, et al. *Collaborare si può! Esperienza con adolescenti in una medicina di gruppo mista*. Rivista SIMG 2006;(6):21-4.

- 8 Rossi A. *Incrementare le coperture vaccinali nell'adolescente: come può contribuire il medico di medicina generale?* Rivista SIMG 2011;(5):8-91.

- 9 *Life skills*. Ginevra: WHO (Divisione della salute mentale) 1994.

- 10 Everson-Hock ES, Jones R, Guillaume L, et al. *Supporting the transition of looked-after young people to independent living: a systematic review of interventions and adult outcomes*. Child Care Health Dev 2011;37:767-79.