

**Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente**

27 -28 -29 de Marzo de 2014- El Bolsón Río Negro . Argentina

***Motivos de consulta en  
la clínica adolescente***

*Giuseppe Raiola*

ADOLESCENZA  
O.M.S.



Periodo della vita dell'individuo il cui inizio coincide con la comparsa dei primissimi segni morfofunzionali e/o psicosociali di maturazione puberale ed il cui termine sopravanza la conclusione di quella che comunemente viene definita:

**ETA' EVOLUTIVA**



**ADOLESCENZA**

**LIMITI CRONOLOGICI DELL'ADOLESCENZA**

**FASE DI TRANSIZIONE**

**18-25 ANNO**

**SIMA**

**2006**

**10-18 ANNI**

# ADOLESCENZA

## TUMULTUOSI CAMBIAMENTI

PSICOLOGICI

FISICI

PARTICOLARE  
"EFFERVESCENZA" ORMONALE  
TRANSIZIONE

Evoluzione del pensiero intellettuale e  
morale



**Nel loro insieme questi processi sono finalizzati al raggiungimento della**

**•Fertilità**

**•Inserimento dei giovani nella società degli adulti**

**Condizioni mediche o psicosociali che alterano il fisiologico  
decorso dell'adolescenza possono avere ripercussioni negative  
non solo in quest'età ma per tutta la vita successiva**





# Le tre fasi

A grandi linee sono state identificate 3 fasi nell'adolescenza:

anni)



## Adolescenza iniziale

A stylized sun with rays is in the upper right corner. In the center and lower left, there are white, 3D-rendered human figures in various poses: one standing, one sitting, and one lying down. The background is a solid blue color.

- è la fase in cui i giovani adolescenti sono fortemente impegnati a "conquistare" la propria indipendenza e ad accettare la propria immagine corporea.
- I ragazzi si distaccano dai genitori e si legano ad un gruppo di coetanei, generalmente dello stesso sesso.
- Il gruppo offre un riparo psicologico grazie al quale si può stabilire l'indipendenza e mettere alla prova nuove idee. L'accettazione della propria immagine corporea può causare un disagio emotivo e psicologico che sono più rilevanti nei ragazzi con bassa statura, sviluppo puberale precoce o tardivo e patologia cronica.

# Adolescenza intermedia



- è la fase in cui si assiste alla trasformazione del corpo: comparsa e progressivo sviluppo dei caratteri sessuali secondari ai quali si accompagna un incremento della velocità di accrescimento staturale.
- ciò causa l'emergere di problematiche che riguardano il disadattamento, le difficoltà dei rapporti interpersonali, il disagio emotivo e la sessualità.
- I comportamenti a rischio sono frequenti in questa fascia di età e originano da forti spinte psicologiche, difficili da controllare, spesso influenzati dal desiderio di ricevere l'approvazione degli amici.
- frequentemente i ragazzi entrano in contrasto con i genitori assumendo atteggiamenti di opposizione su vari argomenti.

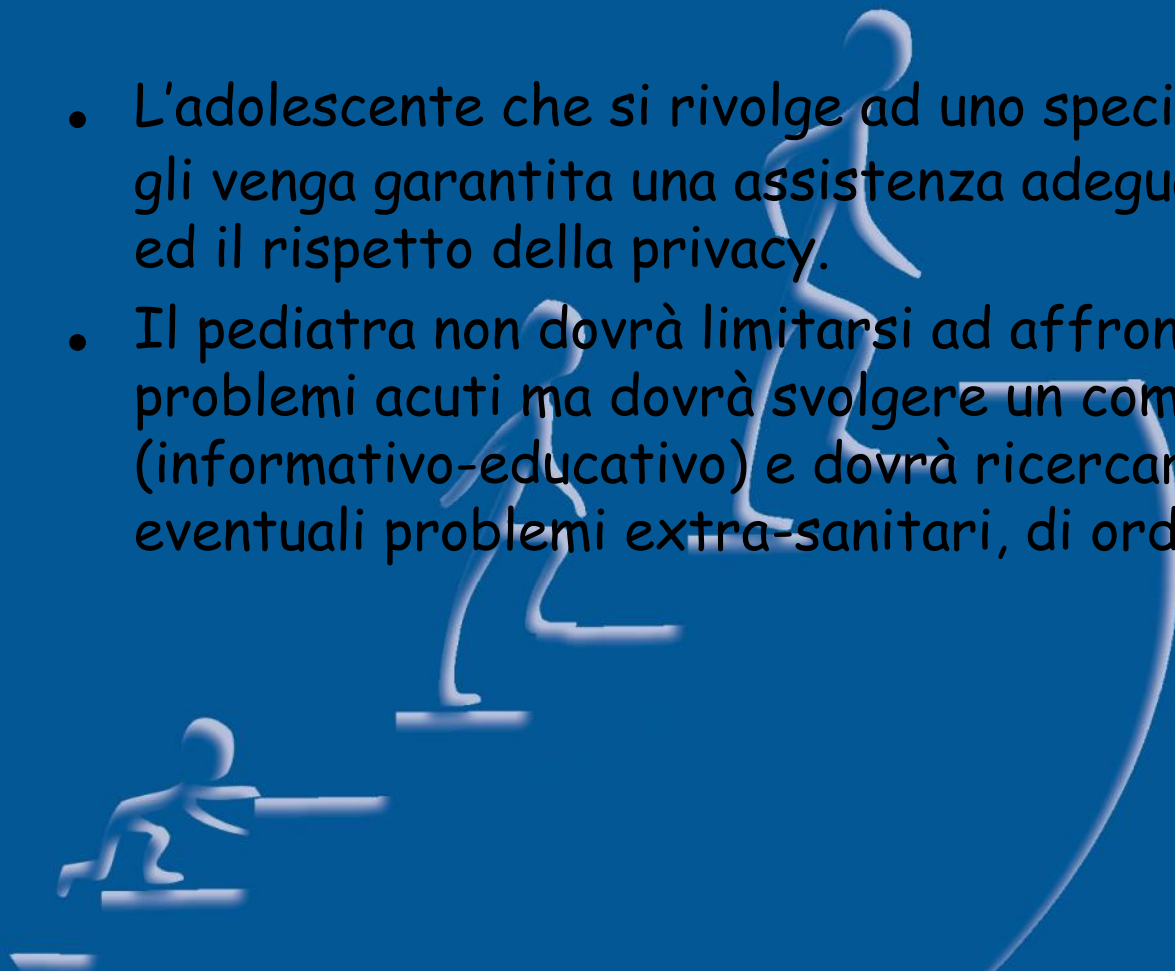


## Adolescenza avanzata

- Compaiono le problematiche relative alla crescita e allo sviluppo sessuale e per una maggiore attenzione al futuro (professione, lavoro).
- Il gruppo diventa molto meno importante e si sviluppa la necessità di avere un rapporto intimo, stretto e affettuoso con un individuo del sesso opposto.
- Il rapporto con i genitori tende a migliorare e si assiste ad una ripresa del dialogo intrafamiliare.

# FABBISOGNI DEGLI ADOLESCENTI

- L'adolescente che si rivolge ad uno specialista chiede che gli venga garantita una assistenza adeguata e competente ed il rispetto della privacy.
- Il pediatra non dovrà limitarsi ad affrontare soltanto i problemi acuti ma dovrà svolgere un compito più ampio (informativo-educativo) e dovrà ricercare la presenza di eventuali problemi extra-sanitari, di ordine psicosociale.



# Cosa può fare il pediatra per l'adolescente?

- effettuare un controllo medico almeno una volta all'anno, con particolare riguardo agli aspetti sanitari e psicosociali.
- le problematiche da considerare:
  - valutazione della normale progressione dello sviluppo puberale e psicologico dell'adolescente ed il rilievo di eventuali patologie ad esso correlate
- la ricerca di condizioni tipiche di questa fascia di età
- l'individuazione di fattori di rischio comportamentali e/o sociali.
- Si dovrà, inoltre, effettuare una attività di counselling con l'obiettivo di migliorare il benessere fisico e psicosociale e completare il calendario delle

# Ma.....a chi si rivolgono gli adolescenti?

3153 boys and 3575 girls

**Table 1.** Self-Reported Resources Adolescents (5th Through 12th Grade) Would Consult First for Health Care Concerns: Percentages by Gender

Resource	% Boys (n = 3447)	% Girls (n = 3278)	F Value	p Value
My mother	41.7	58.4	106.7896	.0001
My doctor or nurse	21.8	16.3	24.7836	.0001
A friend	10.2	18.2	52.3321	.0001
My father	21.2	4.3	303.9269	.0001
My brother or sister	5.2	6.2	2.5823	.1091
Another adult female relative	2.3	7.8	71.7471	.0001
My teacher	3.8	2.2	12.1937	.0001
School nurse	2.1	1.9	0.2332	.6295
Another adult male relative	2.9	0.8	46.6432	.0001
Nobody	5.0	2.0	34.6425	.0001

# Per quale motivo gli adolescenti consultano il medico?

Topic	Provider Should Discuss		Provider Has Discussed	
	% Boys (n = 3276)	% Girls (n = 3222)	% Boys (n = 2556)	% Girls (n = 2672)
Drugs	64.9	65.1	34.2	27.7
STDs	57.5	65.4	24.3	27.6
Smoking	57.9	59.1	31.8	27.1
Alcohol	56.3	56.0	27.2	23.1
Good eating	50.8	62.9	43.8	53.1
Weight	48.0	65.3	37.7	47.4
Stress	48.3	57.7	24.8	29.6
Exercise	47.2	55.6	40.5	41.1
Eating disorders	43.7	66.2	15.0	23.8
Preventing pregnancy	41.4	58.5	14.6	26.3
Physical/sexual abuse	36.3	47.8	12.3	12.5
Sleep problems	36.5	44.0	15.6	19.2
Safety/violence	29.7	32.9	13.6	9.7
Family life	18.8	19.3	17.9	16.0

Sono invece imbarazzati nel rivolgersi al medico per problemi legati alla sessualità

Topic	% Boys (n = 1837)	% Girls (n = 2369)	p Value
Sexuality	44.0	50.0	.001
Body changes	41.8	47.8	.001
Menstruation	#	48.6	#
Private health	37.4	39.6	.145
Physical/sexual abuse	33.9	39.4	.001
Contraception	22.8	40.1	.001
Pregnancy	21.1	29.8	.001
STDs	26.3	24.9	.291
Eating problems	13.2	13.2	.962
Drug/alcohol use	16.7	9.9	.001
Other	5.8	2.6	.001



Tabella 3. Diagnosi di dimissione (15-17 anni) per settore in accordo alla classificazione ICD-9-CM: degenza ordinaria, istituti pubblici e privati (anni 1995 e 2001).

Settori ICD-9-CM	1995		2001	
	n.	%	n.	%
XVII Traumatismi e avvelenamenti 800-999	36.501	26,2	34.845	27,4
IX Malattie apparato digerente 520-579	19.120	13,7	17.016	13,4
XVI Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti 780-799	8.942	6,4	9.522	7,5
VIII Malattie apparato respiratorio 460-519	7.979	5,7	9.482	7,5
XIII Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo 710-739	9.959	7,1	8.803	6,9
X Malattie sistema genitourinario 580-629	7.892	5,6	6.843	5,4
VI Malattie sistema nervoso e organi dei sensi 320-389	7.577	5,4	5.895	4,6
XI Complicanze gravidanza, parto e puerperio 630-677	1.875	1,3	5.015	3,9
Fattori che influenzano lo stato di salute V01-V82	-	-	4.935	3,9
XII Malattie cute e tessuto sottocutaneo 680-709	4.964	3,5	4.700	3,7
V Disturbi psichici 290-319	3.727	2,6	3.774	3,0
II Tumori 140-239	5.978	4,2	3.526	2,8
I Malattie infettive e parassitarie 1-139	3.654	2,6	3.373	2,7
VII Malattie sistema circolatorio 390-459	3.812	2,7	3.370	2,6
XIV Malformazioni congenite 740-759	3.605	2,5	2.810	2,2
III Malattie endocrine, nutriz., metabol. e dist. immun. 240-279	6.682	4,8	2.400	1,9
IV Malattie del sangue e degli organi emopoietici 280-289	2.817	2	902	0,7
XV Alcune condizioni morbose di origine perinatale 760-779	4.181	3	36	0,0
<b>Totale</b>	<b>139.265</b>	<b>100</b>	<b>127.247</b>	<b>100</b>

# Gli adolescenti dal pediatra

- Per controllo (valutazione normalità- problematiche legate al tentativo di evitare la sofferenza del cambiamento)
- Per problemi acuti (organici o psichici)
- Per problemi cronici (organici o psichici)

Tabella 10. Problematiche mediche riscontrate nell'ambulatorio di endocrinologia-adolescenza della U.O. di Pediatria di Ferrara dal 1983 al 1987 (età > 10 anni).

1.	Obesità		631
2.	Patologie andro-urologiche		407
3.	Alterazioni del ciclo mestruale		395
4.	Disordini maturazione puberale	maschio	292
		femmina	64
5.	Bassa – Alta statura		214
6.	Miscellanea		148
7.	Ginecomastia		135
8.	Patologie tiroidee		132
9.	Irsutismo		53
10.	Alterazioni cromosomiche		48
11.	DCA		39
12.	Patologia mammaria		36
13.	Patologia surrenalica		12


# Dal pediatra per....

## ...comunicare il disagio psicologico

- Insoddisfazione per il proprio corpo
- Somatizzazioni
- Disinvestimento del piacere di pensare con compromissione del rendimento scolastico
- Ricorso a comportamenti oppositivi nei confronti delle regole degli adulti
- Preoccupazioni relative all'identificazione sessuale
- Relativo isolamento
- Ricerca dell'eccitazione attraverso mezzi estremi (es. la musica)

# Dal pediatra per...

...comunicare il disagio vero e proprio

- Attacco in vari modi al corpo o a parti di esso
  - Isolamento
  - Fallimenti scolastici
  - Abuso di sostanze
  - Fughe e vagabondaggi
  - Comportamenti violenti
  - Difficoltà specifiche nel conseguimento dell'identità sessuale
- 



# Capire...IL CORPO



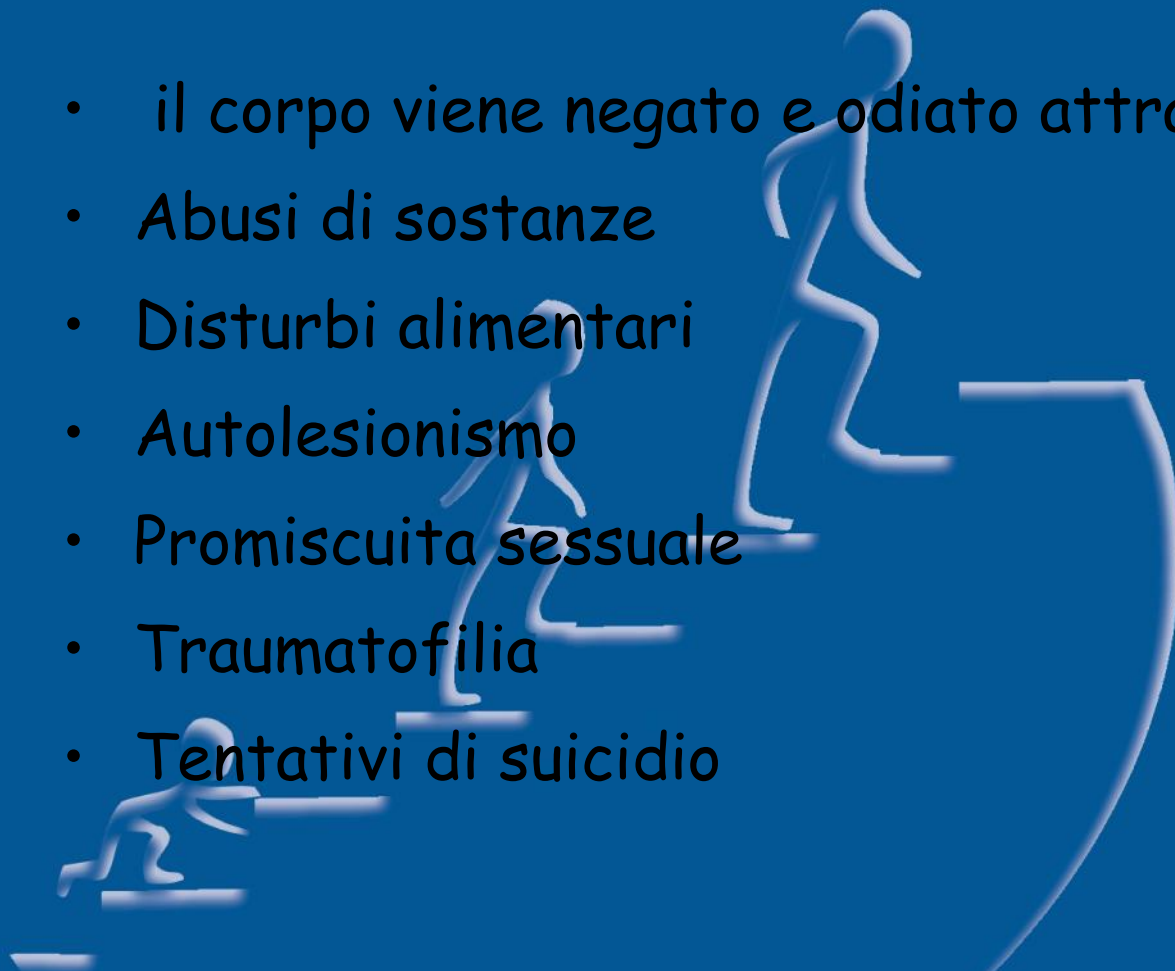
- e al centro della problematica adolescenziale
- e il *campo* dell'esperienza psichica adolescenziale
- diventa il teatro dei fatti della mente
- La crisi ruota attorno ad un vissuto di scollamento tra mondo interno e mondo esterno, alla tensione tra essere e apparire, tra fare e pensare
- L'aiuto all'adolescente non può partire da una divisione mente- corpo che ci fa immaginare un oggetto (il corpo) posseduto da un soggetto (identificato con i contenuti della mente)



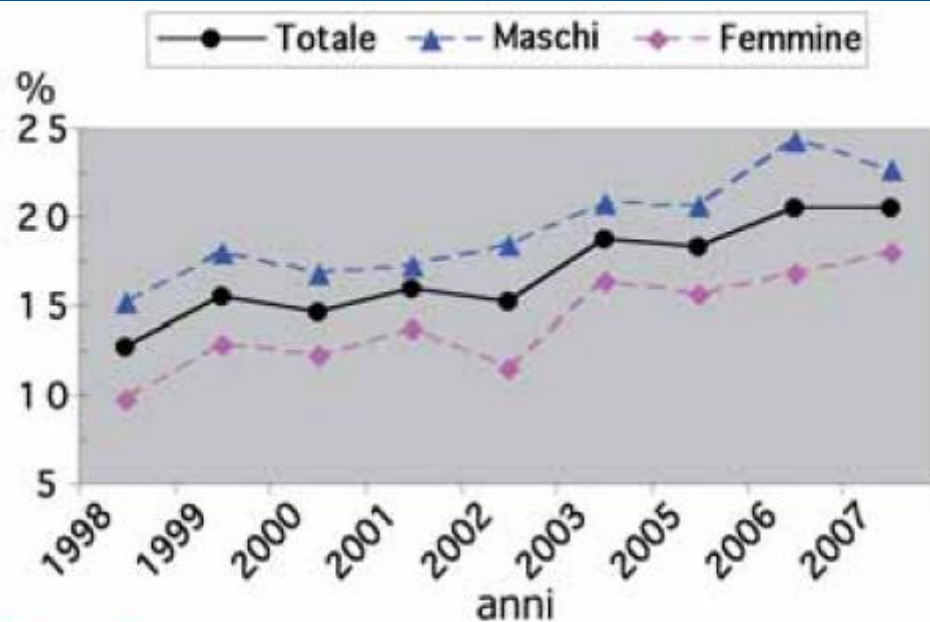
# Il pediatra deve...

...capire gli attacchi al corpo

- il corpo viene negato e odiato attraverso:
- Abusi di sostanze
- Disturbi alimentari
- Autolesionismo
- Promiscuità sessuale
- Traumatofilia
- Tentativi di suicidio



# Alcool



**Figura 2.**

Andamento del consumo di alcolici fuori pasto (ultimi 10 anni) negli adolescenti di 14-17 anni:  $\Delta$ -incremento 1998/2007:

Totale	+62,7%
Maschi	+49,3%
Femmine	+84,5%

(ISTAT, 2007)

Un recente studio ha dimostrato che il 15% dei soggetti alcol-dipendenti ha sperimentato la sua prima dipendenza prima dei 18 anni, il 47% prima dei 21 e circa 2/3 prima dei 25 anni.

Inoltre, i soggetti con più precoce alcol-dipendenza sperimentano ricadute "croniche" e soprattutto richiedono più tardivamente un intervento terapeutico rispetto a quelli con dipendenza esordita in età più avanzata

Negli USA l'alcol è ritenuto uno dei maggiori problemi di salute pubblica

e riguarda circa il 90% degli studenti di scuola media superiore avendo anche un ruolo chiave nel determinare le quattro prime cause di morte tra gli adolescenti: incidenti stradali, ferimenti non intenzionali, omicidi e suicidi.

Nell'Unione Europea (UE), l'alcol è responsabile della morte di circa 200.000 persone/anno (WHO, 2005), per cause che vanno dagli incidenti stradali, agli omicidi, suicidi, cirrosi epatica, patologie neuropsichiatriche

e depressione, cancro; è attribuito all'alcol il 25% della mortalità giovanile tra i maschi e il 10% tra le femmine.

Si stima inoltre che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% del carico totale di malattia con un costo sociale e sanitario pari al 3-5% del Prodotto Interno Lordo europeo

L'alcol può avere un effetto negativo su diversi aspetti della qualità di vita, danneggiando la salute, la felicità, la vita familiare, le amicizie, lo studio, il lavoro e/o le opportunità di lavoro e, conseguentemente, la situazione finanziaria.

Inoltre, il consumo di sostanze alcoliche si associa spesso al consumo di sostanze stupefacenti, induce problemi di comportamento, scadenti performance scolastiche, anche legate a fenomeni di maggiore assenteismo, condotte sessuali a rischio, interferendo con la normale transizione dall'età adolescenziale a quella adulta

*La riduzione dei danni causati dall'alcol è una delle più importanti azioni di salute che gli stati dovrebbero favorire per migliorare la qualità della vita, attraverso un'efficace azione di educazione, informazione e prevenzione, erudendo i giovani sui possibili effetti negativi del consumo occasionale o abituale di alcol sullo stato di salute*



# Fumo di sigaretta

Fumo di sigaretta negli adolescenti e nei giovani adulti.

Età, anni	Fumo abituale
11-14	–
15-17	7,4%
18-20	23,5%
21-24	25,9%

(Pacifici, 2008)

L'abitudine al fumo comporta pesanti ripercussioni sullo stato di salute (cancro, bronchite cronica, enfi sema, arteriosclerosi, infarto, ipertensione, ictus, angina pectoris, gastrite, ulcera gastrica e duodenale, esofagite cronica, ecc.), rappresentando, tra le cause di malattia, quella più facilmente evitabile


Recenti dati dimostrano un'età media di inizio del fumo intorno ai 17 anni, senza differenze significative tra maschi (17,2 anni) e femmine (17,8 anni); solo una minoranza inizia a fumare oltre i 18 anni, mentre 1/5 dei fumatori acquisisce l'abitudine prima dei 15 anni.

Età di inizio del fumo di sigaretta\*.

Anni	Maschi, %	Femmine, %	Totale, %
< 15	17,9	15,7	17,0
15-17	48,1	39,7	44,8
18-20	24,6	33,7	28,2
> 20	9,4	10,9	10,0

\* Inizio prima dei 18 anni: 61,8% (Indagine DOXA-ISS, 2008)



The background is a solid blue color. In the upper right corner, there is a stylized white sun with radiating lines. A white path or road curves from the bottom left towards the center. Along this path, there are three white, stylized human figures. The first figure is at the bottom left, the second is in the middle, and the third is at the top center, appearing to be climbing a slight rise. The text is overlaid on this scene.

L'inizio dell'abitudine al fumo di sigaretta  
e il frutto di un complesso processo  
comportamentale individuale, ambientale  
e sociale, mentre solo raramente e  
riconducibile ad un singolo evento.

Il giovane emula l'adulto fumatore per  
sentirsi "grande" e parte integrata di un  
gruppo sociale (*rito di iniziazione*) e per  
*affermare la propria personalità*

# Droghe

In età adolescenziale l'uso delle droghe può essere occasionale (il cosiddetto *sballo*) o abituale.

La prima modalità di assunzione deriva dal fatto che molti giovani (circa il 20%) non considerano pericoloso, ad esempio, l'uso ricreativo e moderato dei cannabinoidi, ritenendolo compatibile con gli impegni quotidiani (scuola, lavoro, attività sportiva, relazioni familiari e sociali), o ne ritiene dannoso solo l'utilizzo esagerato (35%)

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

	Uso negli ultimi 12 mesi					Uso frequente
	2000	2005	2007	rapporto M/F		2007
	%	%	%	15 aa	19 aa	%
Decessi <sup>†</sup>	1002 <sup>**</sup>	652 <sup>**</sup>	589 <sup>**</sup>	9,3/1 <sup>o</sup>	–	
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	–	–	

<sup>†</sup> Valore più basso periodo 1996-2005: anno 2003 (n. = 517) (Giovanardi, 2007); maschi: > 90% per tutti gli anni; <sup>\*\*</sup> non registrati decessi per soggetti di età < 15 anni; 15-19 anni: 2-3% dei decessi per overdose.

La sostanza maggiormente utilizzata dagli adolescenti rimane la cannabis, di cui circa 1/3 degli studenti delle scuole superiori ha fatto uso almeno una volta nella vita e circa 1/4 nell'ultimo anno.

Il confronto tra i consumi riferiti tra il 2000 e il 2006/2007 dimostra che questi rimangono sostanzialmente stabili per le varie sostanze ad eccezione dell'eroina che ha mostrato un consistente calo; l'uso delle varie droghe è di maggiore appannaggio del sesso maschile anche se nei soggetti più giovani vi è la tendenza a consumi analoghi tra i due sessi.

I dati epidemiologici mostrano inoltre che, con l'età, il consumo dei vari tipi di droga aumenta progressivamente e vi è una tendenza alla sperimentazione di più sostanze, soprattutto nei consumatori abituali, tanto che il policonsumo è aumentato di circa il 60% tra il 2000 ed il 2005 e nel 2007 tra gli studenti che hanno fatto uso di droghe illegali il 12% ha utilizzato due sostanze ed un altro 12% tre sostanze.

### Fattori protettivi e favorenti l'utilizzo di droga.

Fattori protettivi	Fattori favorenti
Non essere fumatore	Assenteismo scolastico
Non essersi ubriacato nell'ultimo mese	Essere stati coinvolti in risse o incidenti
Percepire interessamento nei propri confronti da parte dei genitori	Aver avuto rapporti sessuali non protetti, anche a causa di alcol o droghe
Avere una positiva relazione con i genitori	Avere fratelli o amici che abusano di alcol e/o utilizzano droghe
Avere un rendimento scolastico medio-alto	Aver fatto uso di psicofarmaci con e, ancor più, senza prescrizione medica
Partecipare ad attività sportive	Eccessivo consumo di denaro senza controllo dei genitori
Avere percezione dei rischi correlati all'uso di droghe	Uscire di casa ogni sera
Avere cura della casa e/o delle proprie cose	Partecipare a giochi in denaro



Alcuni indicatori della salute dell'adolescente: variazioni negli anni.

Indicatore	I rilevazione	II rilevazione	Referenza bibliografica
Uso di contraccezione nei primi anni dopo l'inizio dei rapporti sessuali (età 14-25 anni)	1987: 55%	2005-2006: 54,5%	Strambi e Lombardi, 2007
Interruzione volontaria di gravidanza (età < 20 anni)	1983: 8,0‰	2005: 7,6‰*	Ministero della Salute, 2007
Consumo di alcolici fuori pasto (età 14-17 anni)	1998: 9,7%	2006: 20,5%	ISTAT, 2007
Uso di cannabis negli ultimi 12 mesi (età 15-24 anni)	2001: M: 15% - F: 8%	2005: M: 22,0% - F: 17,5%	Ministero della Solidarietà Sociale, 2007
Uso di cocaina negli ultimi 12 mesi (età 15-24 anni)	2001 M: 2,8% - F: 1%	2005: M: 4,1% - F: 2,6%	Ministero della Solidarietà Sociale, 2007

\* Da notare, la riduzione nelle donne di 25-29 anni: 1983: 27,6‰; 2005: 15,3‰ (-44,6%).

Recenti dati epidemiologici sugli aspetti legati all'esercizio della sessualità e sull'utilizzo di sostanze d'abuso dimostrano tuttavia come molti obiettivi debbano essere ancora raggiunti

Dovranno quindi essere sviluppate nuove modalità di approccio alla prevenzione, che rendano il rapporto degli adolescenti con la "parte tecnica" più vivace, attuale e in grado di suscitare maggiore curiosità e interesse



# LA TRAUMATOFILIA

- È la tendenza compulsiva a correre rischi
- Assunzione di droghe, guida spericolata del motorino, furti nei grandi magazzini, promiscuità sessuali, etc.
- Spavalda esibizione di autonomia, disprezzo per ogni cosa che provenga dai genitori, provocazione nei confronti del mondo adulto.
- A livello inconscio c'è un forte desiderio di protezione e profonde angosce di separazione da cui si difendono proprio con tali comportamenti, oltre che una discreta quota di autodistruttività.
- Forse hanno subito esperienze traumatiche, oppure c'è un'attitudine a reagire catastroficamente alle frustrazioni della vita. Incapaci di tollerare stati prolungati di inattività o di noia tendono a procurarsi esperienze angoscianti, rischiose e potenzialmente traumatiche per rassicurarsi sulle loro capacità di affrontare e controllare l'angoscia associata a tali esperienze e per mantenere viva la consapevolezza di sé.

# I TENTATIVI DI SUICIDIO

- la maggior parte dei tentativi di suicidio negli adolescenti non si accompagna ad una diagnosi psichiatrica ben definita
- Fra le altre, la tematica del suicidio rappresenta per la sua drammaticità il parametro di tutta questa area del rapporto col *corpo mortale*. Procurarsi la morte ha come scopo far tacere il corpo, tenere sotto controllo la vita interna che si segnala attraverso sensazioni di cui spesso non è compreso il senso e il codice. Il corpo non è vissuto come appartenente a sé, ma come una cosa separata di cui ci si può disfare. Il suicida si muove in un orizzonte che rifiuta il limite e la perdita e mantiene pensieri onnipotenti su di sé.

# LA SINDROME DEPRESSIVA



Caratterizzata dalla presenza di quattro problematiche:

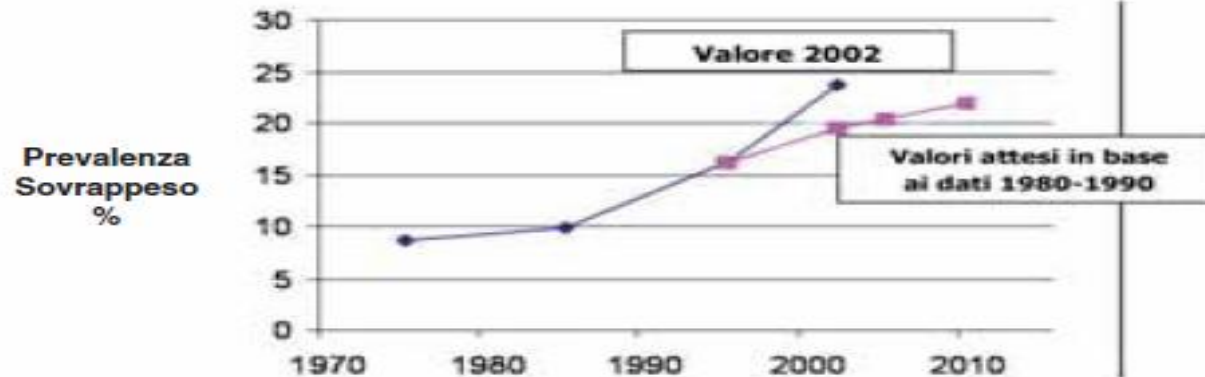
- rallentamento psicomotorio (motorio, ideico, dell'espressione verbale e della percezione del tempo) -
- segni fisici (soprattutto disturbi alimentari e disturbi del sonno)
- tristezza e il disinteresse
- autosvalutazione

# I DIVERSI TIPI DI DEPRESSIONE

The background is a solid blue color. In the upper right corner, there is a stylized white sun with rays. In the lower left and center, there are several white, stylized human figures in various poses, some appearing to be walking or sitting. A large, white, curved shape, resembling a moon or a path, arches across the middle of the slide.

- La reazione ansioso-depressiva: è una risposta di protezione ad un evento stressante
- La depressione d'inferiorità: caratteristica dell'adolescente, sentimento di impossibilità di far fronte alle esigenze ideali che essi stessi si danno
- La depressione d'abbandono: la sua espressione sintomatica è il passaggio all'atto etero o autoaggressivo (carenze precoci di cure materne)
- La depressione melanconica: che si tratti di una forma unipolare o bipolare, questa compare a partire dall'adolescenza (familiarità)

# Sovrappeso/obesità vs anoressia



**Figura 1.**

Andamento del sovrappeso in Europa nei ragazzi di età scolare e confronto con i dati attesi in rapporto all'incremento dei dati di prevalenza negli anni 1980-1990 (da IOFT, *Childhood Obesity Report*, 2004; Lobstein, 2005).

Le mutate condizioni di vita familiare e lavorativa, il consumismo, la moda e la pubblicità influiscono spesso in maniera negativa sul comportamento alimentare dei giovani.

Sempre più frequentemente gli adolescenti mangiano troppo, con incremento di sovrappeso/obesità, o troppo poco, con disturbi che variano dal semplice "dieting" all'anoressia nervosa



Disturbi della condotta alimentare: dati epidemiologici (III causa di patologia cronica in adolescenza [dopo obesità e asma] I causa di morte per malattie psichiatriche in età adolescenziale e adulta).

	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Sesso	femminile	femminile
Rapporto F: M	9:1*	20:1/30:1
Età, anni	8-24 (picco 14-17)	16-35
Frequenza, %	0,4-3,7	1,2-4,2
Classi a rischio	medio-alte**	medio-alte**
Paesi a rischio	occidentali (razza bianca)	occidentali (razza bianca)

\* con variazioni in rapporto all'età: prepuberi 1:1; prima/media adolescenza 1:10; tarda adolescenza 1:20 (Gonzales, 2007); \*\* attualmente, tendenza alla diffusione in tutta la popolazione (Gonzales, 2007; Morris e Twaddle, 2007).

In questa epoca può quindi facilmente verificarsi un'insoddisfazione per il proprio corpo e per la propria immagine, che risultano alla base degli alterati comportamenti alimentari.

Tale situazione è oggi accentuata dai media che propongono modelli standardizzati di bellezza in cui è dominante da un lato l'ideale della donna alta e magra dall'altro quello dell'uomo alto, aitante e muscoloso

# Comportamenti sessuali a rischio

Le Malattie sessualmente trasmesse (MST) sono un problema di particolare rilevanza per l'età adolescenziale.

Si stima che nel mondo la fascia 15-24 anni rappresenti il 25% della popolazione sessualmente attiva e circa il 50% tutti i nuovi casi di MST.

Purtroppo i dati disponibili sono molto eterogenei e probabilmente sottostimati, anche perché alcune infezioni possono essere asintomatiche o non notificate. Spesso si tratta di infezioni multiple.

Negli USA le MST occupano il secondo posto dopo le infezioni delle prime vie respiratorie.

In Italia non si hanno dati nazionali omogenei: dal gennaio 1990 al dicembre 2005 sono stati segnalati al Sistema Nazionale di Sorveglianza 18.243 nuovi casi di MST tra i giovani di 15-24 anni; circa il 20% di tutti i casi segnalati.

La distribuzione per sesso ha dimostrato una lieve prevalenza per quello maschile (51,7%); nel 92,5% si trattava di individui eterosessuali e nel 21% di soggetti non italiani.

Quasi il 50% ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo negli ultimi 6 mesi.

MST nei giovani di 15-24 anni (n. = 18.243, anni 1991-2005) notificate al Sistema Nazionale di Sorveglianza Sentinella.

MST	Femmine, %	Maschi, %
Condilomi acuminati	49,3	48,7
Clamidia trachomatis	18,5	9,2
Herpes genitale	9,1	8,4
Sifilide latente	9,6	4,1
Sifilide I-II stadio	2,8	4,2
Gonorrea	2,3	10,8
Altre cause	8,4	14,6

Gli adolescenti contraggono più frequentemente patologie virali o caratterizzate da scarsa sintomatologia come cerviciti da *C. Trachomatis* e vaginiti aspecifiche, ma anche patologie meno frequenti tra gli adulti come la gonorrea; i giovani rappresentano inoltre circa il 60% dei nuovi casi di infezione da HIV

La diffusione delle MST è influenzata da numerosi fattori: giovane età d'inizio dell'attività sessuale, partner sessuali multipli, rapporti omosessuali, basso livello socio economico, appartenenza a minoranze etniche, disinformazione sul rischio del contagio sessuale, non utilizzo di metodi contraccettivi di barriera, concomitante uso di alcol o sostanze stupefacenti, presenza di fattori immunologici e maturativi dell'apparato riproduttivo

Indicazioni per la prevenzione delle MST in età adolescenziale.

Primaria	Secondaria	Terziaria
Ritardare l'inizio dei rapporti sessuali	Prevenire l'acquisizione delle MST nell'adolescente sessualmente attivo/a o in procinto d'iniziare l'attività sessuale	Negli adolescenti che hanno acquisito una MST <ul style="list-style-type: none"><li>• effettuare una valutazione medica e psico-sociale;</li></ul>
Istituire programmi d'informazione prima che l'adolescente inizi ad avere rapporti sessuali	Incoraggiare l'adolescente (maschio e femmina) ad usare sempre e correttamente i metodi di barriera	<ul style="list-style-type: none"><li>• evitare che l'adolescente diffonda ulteriormente la MST;</li><li>• assistere i giovani ad alto rischio di reinfezione</li></ul>
Vaccinazione HPV	Effettuare programmi di screening per le MST	



# Procreazione responsabile

Tasso di abortività in donne di età inferiore a 20 anni: confronto tra dati internazionali.

Paese	Anno	Tasso di abortività, ‰
Germania	2007	6,2
Italia	2006	7,8
Olanda	2006	9,4
Finlandia	2004	15,2
Norvegia	2006	15,8
Danimarca	2006	16,3
Francia	2004	16,4
Inghilterra/Galles	2005	23,0
Svezia	2006	25,4
Ungheria	1996	30,4
USA	1996	30,6
Bulgaria	1996	34,2

In Italia, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG, legge 194, del 22 maggio 1978) ha mostrato una netta tendenza a calare, negli ultimi 20 anni (2005 vs. 1982: -44,8%), anche se negli ultimi 2 anni vi è stato un certo incremento nelle regioni del Nord per il più ampio contributo delle cittadine straniere

Distribuzione dei parti nelle adolescenti per fascia di età (anni 2003-2005) e per area geografica di provenienza della madre (anno 2005).

Età, anni	% (totale)			% per area geografica (2005)						
	2003	2004	2005	Italia	UE	Europa est	Africa	America CS	Asia	Altro
12-14	0,4	0,16	0,01	0,01	–	0,02	0,01	0,03	0,02	–
15-19	2,45	3,78	1,55	1,28	0,47	4,80	2,71	2,97	1,10	2,64

UE: Unione Europea; CS: centro-sud.



# Bullismo

Viene stimato che il 12,1% dei minorenni sia vittima di una certa aggressività fisica ripetuta da parte di coetanei; il 20,2% si dichiara minacciato da coetanei o da ragazzi più grandi, e ne viene derubato il 4,8%.

La cronaca è piena di ulteriori esempi (lanci di sassi da parte di ragazzi contro treni o dai cavalcavia, atti di teppismo-vandalismo, violenze-aggressioni sessuali e non; turbolenze esasperate negli stadi e fuori da essi; malvagità e violenza psicologiche su soggetti deboli; stupri di gruppo; ecc.), che sfiorano veri e propri atti di criminalità minorile.

VIDEO

Un recente lavoro ha tentato di quantificare il fenomeno, esaminando i comportamenti di bullismo in un ampio campione di adolescenti (n. = 3519, maschi 50,5%, femmine 49,5%; età 16,4 – 1,1 anni), mettendo in evidenza che:

- il 22% del campione era stato vittima di atti di bullismo, con una percentuale più alta nei maschi (26,4%) rispetto alle femmine (17,5%);
  - una percentuale quasi uguale di soggetti è risultata bullo (9,3%; maschi 12,2%, femmine 6,1%) o bullo e vittima contemporaneamente (9,5%; maschi 13,5%, femmine 5,3%);
  - il 59% degli adolescenti non era stato oggetto di bullismo né aveva compiuto atti di bullismo (maschi 49%, femmine 71%);
  - i bulli hanno più facilmente presentato altri comportamenti a rischio, come guardare la TV per più di 4 ore/giorno, non usare i sistemi di sicurezza alla guida di motoveicoli, adottare comportamenti violenti, assenteismo scolastico. Inoltre, sia i bulli che i bulli/vittime più facilmente fumavano, bevevano alcol e si ubriacavano,
- risultavano sessualmente attivi e dedicavano un tempo eccessivo ai videogiochi;
- le vittime sono più facilmente ragazzi di più basso livello socioeconomico

# Tatuaggi e piercing


La pratica degli ornamenti corporei è in netto aumento tra i giovani;

Un recente studio svizzero su oltre 7000 adolescenti ha dimostrato la presenza di almeno un piercing in oltre il 20% dei ragazzi tra 16 e 20 anni con una netta prevalenza per il sesso femminile (ragazze 33,8% vs. ragazzi 7,4%)

Per i tatuaggi non è stata rilevata una significativa differenza tra i sessi, ma sono risultati maggiormente presenti negli studenti di sesso maschile praticanti attività agonistica rispetto ai non atleti

In alcuni casi il ricorso agli ornamenti corporei può rappresentare una vera e propria pratica autolesiva con possibili complicanze secondarie

Per il piercing è stata riportata un'incidenza di complicanze mediche pari al 17% (sanguinamento, trauma tissutale e infezioni batteriche; queste ultime soprattutto nel piercing dell'ombelico), mentre non sono state riscontrate complicanze mediche secondarie alla pratica del tatuaggio, sebbene sia stata raccomandata la necessità di eseguire nei soggetti con piercing o tatuaggi un follow-up che comprendesse la sorveglianza sierologica



*La presenza di tatuaggi e piercing in adolescenti non indica necessariamente l'assunzione di comportamenti a rischio, anche se deve allertare i genitori, gli insegnanti e i medici, che devono assicurare migliori misure preventive e il rilievo obiettivo di ornamenti corporei deve rappresentare un'opportunità per iniziare con l'adolescente una discussione su possibili rischi comportamentali*

# PATOLOGIE CRONICHE



Causate da condizioni congenite o acquisite, limitanti per un lungo periodo di tempo o anche permanentemente, le funzioni fisiche e/o le funzioni mentali di chi ne è affetto



# Principali patologie croniche nell'adolescente

- asma o altre manifestazioni di allergie respiratorie
  - eczema e allergie cutanee
- malattie genetiche multisistemiche (fibrosi cistica, etc)
  - malattie dell'apparato gastrointestinale (CU, Mal.Crohn, Mal.Celiaca)
- artrite reumatoide, LES o altre connettivopatie
  - diabete mellito insulino-dipendente
- patologie dell'apparato cardiovascolare
  - epilessia
  - talassemia
- patologie endocrine
- malattie neurologiche
- malattie neuromuscolari



**Ipoacusia**

**Deficit visivi**

**Disturbi del linguaggio**

## Malattia neoplastica negli adolescenti

Circa il 50% dei pazienti sopravvissuti (pari al 60% degli affetti) presenterà anche tardivamente sequele più o meno gravi, oltre alla necessità di *follow-up* prolungato



**AIDS**



# L'IMPATTO DELLA MALATTIA CRONICA SULL'ADOLESCENTE VARIA A SECONDA

-della natura della stessa malattia

-della sua gravità

-della "visibilità"

-della prognosi

-dell'età della diagnosi

L'adolescente con patologia cronica  
si trova ad affrontare:

- dolore fisico
- paura, ansia (**dolore psichico**)
- visite mediche
- ricoveri ospedalieri
- procedure diagnostiche (**talvolta dolorose**)
- trattamenti (**eventuali effetti collaterali**)



Le abitudini di vita dell'adolescente con patologia cronica cambiano; nel caso di malattie iniziate sin dai primi anni di vita questi ragazzi non hanno mai avuto una vita "*normale*";

-Assenza di una vita *"normale"*

-Rinunce

-Difficoltà scolastiche a causa delle assenze

-Perdita del lavoro e/o assenza di offerte di lavoro

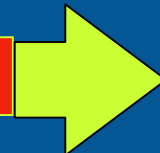






# "Accettazione della propria immagine"

Corpo = specchio del processo evolutivo



Principale elemento di relazione con l'ambiente

**Modificazioni fisiche dovute alla malattia  
o ai trattamenti e alla maggiore dipendenza  
dalla famiglia, in un periodo di vita  
caratterizzato da grandi cambiamenti**

**-fisici**

**-psicologici**

**-sociali**

L'età d'esordio della malattia svolge un ruolo molto importante sul modo in cui la M.C. viene vissuta dall'adolescente:

- malattia presente sin dalla nascita o dai primi anni di vita (< aspettative pz.e famiglia)
- malattia iniziata durante l'adolescenza (preoccupazione per: immagine, indipendenza, relazioni, sviluppo sessuale; inoltre scarsa compliance)
- ultima fase dell'adolescenza (preoccupazioni relative alla scuola, lavoro, matrimonio)



The background is a solid blue color. In the upper right corner, there is a stylized white sun with rays. In the center and lower left, there is a white staircase with three steps. Three white, simplified human figures are shown climbing the stairs, one on each step, moving upwards from left to right.

Nel periodo dell'adolescenza avviene  
lo sviluppo dell'orientamento e del  
comportamento sessuale;

i ragazzi hanno una loro sessualità

**Meccanismi di reazione e di adattamento  
messi in atto dell'adolescente:**

**Positivi**  
**e**  
**Negativi**

The background features a blue gradient with a faint illustration of three white, stylized human figures climbing a staircase. The figures are positioned at different levels of the stairs, suggesting a progression or journey. In the upper right corner, there is a faint, stylized sun or starburst graphic.

# POSITIVI

The background features a stylized sun with rays in the upper right corner and a white silhouette of a person riding a bicycle in the lower left. The entire scene is set against a solid blue background.

- accettazione della malattia

- compensazione (quando l'adolescente modifica le sue attività in relazione alle restrizioni imposte dalla malattia )

- intellettualizzazione ( quando s'interessa agli aspetti teorici e tecnici della patologia, cercando in questo modo un distacco tra la realtà della malattia e l'impatto emozionale )

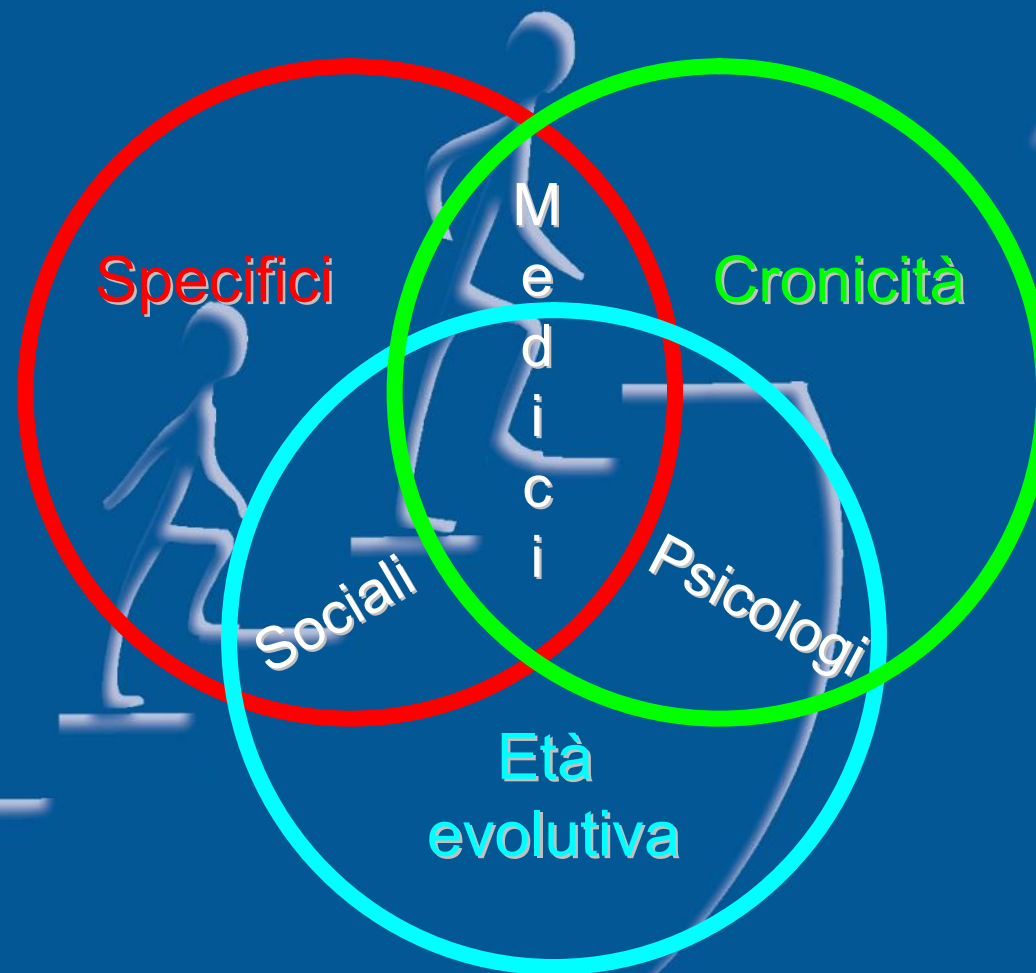
# NEGATIVI

- negazione della malattia ( comportamenti di ribellione ai controlli e ai trattamenti )
- la regressione ( comportamenti infantili e maggiore dipendenza dalla famiglia)
- la proiezione su altre persone ( genitori, medici )
- sentimenti di rabbia o frustrazione
- depressione ( che in casi estremi può condurre al suicidio )





# I bisogni di adolescenti con “Patologia cronica”



# COMPLIANCE



*E' il grado di concordanza tra il comportamento del paziente in relazione all'assunzione dei farmaci, al rispetto delle regole dietetiche o dello stile di vita e le prescrizione dei medici*

# COMPLIANCE IN ETA' INFANTILE

A blue background with a stylized sun in the top right corner and several white, semi-transparent figures of people in various poses (walking, sitting, standing) scattered across the scene.

*Riflette principalmente  
il comportamento della famiglia*

# COMPLIANCE IN ETA' ADOLESCENZIALE

The background features a bright yellow sun in the upper right corner. A staircase with five steps is positioned in the center, with three stylized human figures climbing it. The figures are white with blue outlines, and their shadows are cast onto the steps. The entire scene is set against a solid blue background.

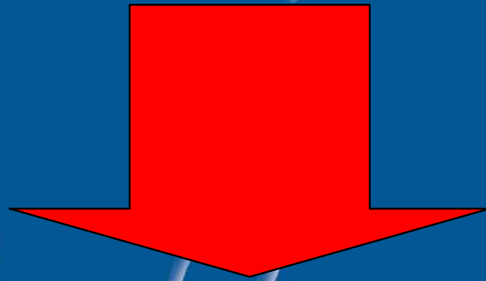
*Viene determinata dal  
ragazzo stesso*

conseguenze della mancata compliance variano a seconda della





conseguenze della mancata compliance  
sono in rapporto anche con



La durata del periodo in cui il paziente non  
si è attenuto alle prescrizioni mediche

Le conseguenze più gravi per la mancata compliance si verificano in caso di:

- Emopatie maligne

- Talassemie

- Malattia di Wilson

**Decorso ed evoluzione di:**

**-Epilessia**

**-Diabete mellito insulino-dipendente**

**-Asma**

**sarebbero influenzati negativamente in  
misura minore**

Fattori capaci di modificare il grado di compliance dell'adolescente affetto da malattia cronica sono:

- Fattori personali
- Fattori familiari
- Tipo di patologia
- Regime terapeutico

"Qualità del rapporto Medico-Paziente"

**Non sembrano rivestire importanza**

**-Condizioni socio-economiche della famiglia**

**-Sesso degli adolescenti**







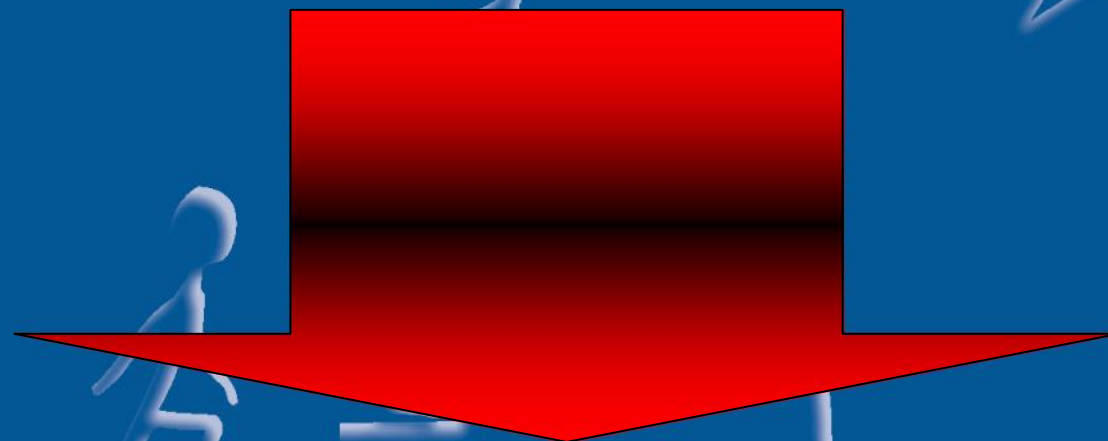
# RAPPORTO

MEDICO



PAZIENTE

PEDIATRA

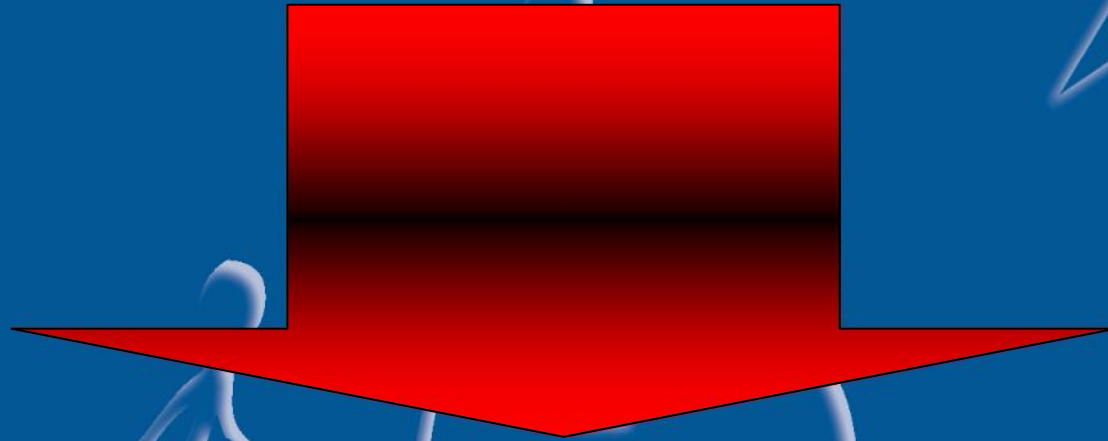


ADOLESCENTE

"CURE TOTALI"



PAZIENTE



"ESSERE UNICO"





Insieme a  
**CANES'TRO**





**Intensificazione di un dialogo reciprocamente  
gratificante tra i ragazzi e i loro  
accompagnatori, in un fluire ininterrotto di  
azioni e reazioni  
intese a edificare un solido rapporto  
di collaborazione e nel contempo**

.....*Per la prima volta nella mia vita incontrarci, conoscerci, fuori da quelle quattro mura, fuori da quei luoghi freddi, ricchi d'ipocrisia e d'indifferenza. Li ho guardati tutti mentre si divertivano, mentre lavoravano e, nei loro occhi, non ho visto un additato talassemico, ma la gioia, la spensieratezza e voglia di vivere e d'impegnarsi.....*

*Tutto ciò ci ha caricati e ci ha uniti, ci ha dato la forza di lottare anche, per i nostri diritti, mai riconosciuti.....*

*Luigina*

*Dopo quest'esperienza infatti non ci si vede più come prima. E' avvenuto in noi un grande cambiamento. Abbiamo deciso di aumentare queste forme di contatto..... Quest'esperienza ci ha permesso di rompere il ghiaccio con questo e con quello, anche con i medici stessi: ci ha avvicinati di più gli uni agli altri. E' stato una esperienza che ci ha insegnato a coltivare la gioia, l'equilibrio spirituale, l'amore senza rifuggire dalla sofferenza ma combatterla perché il nostro futuro non sia tempo di desolazione, ma di costruzione e di speranza.....*

# Combattere il pregiudizio

Tutti gli esseri umani sono simili, alcuni migliori di altri in qualcosa,  
ma tutti quando ne hanno l'opportunità si distinguono in qualche competenza.

La specie umana dipende da questa diversità culturale (dalle diversità!)

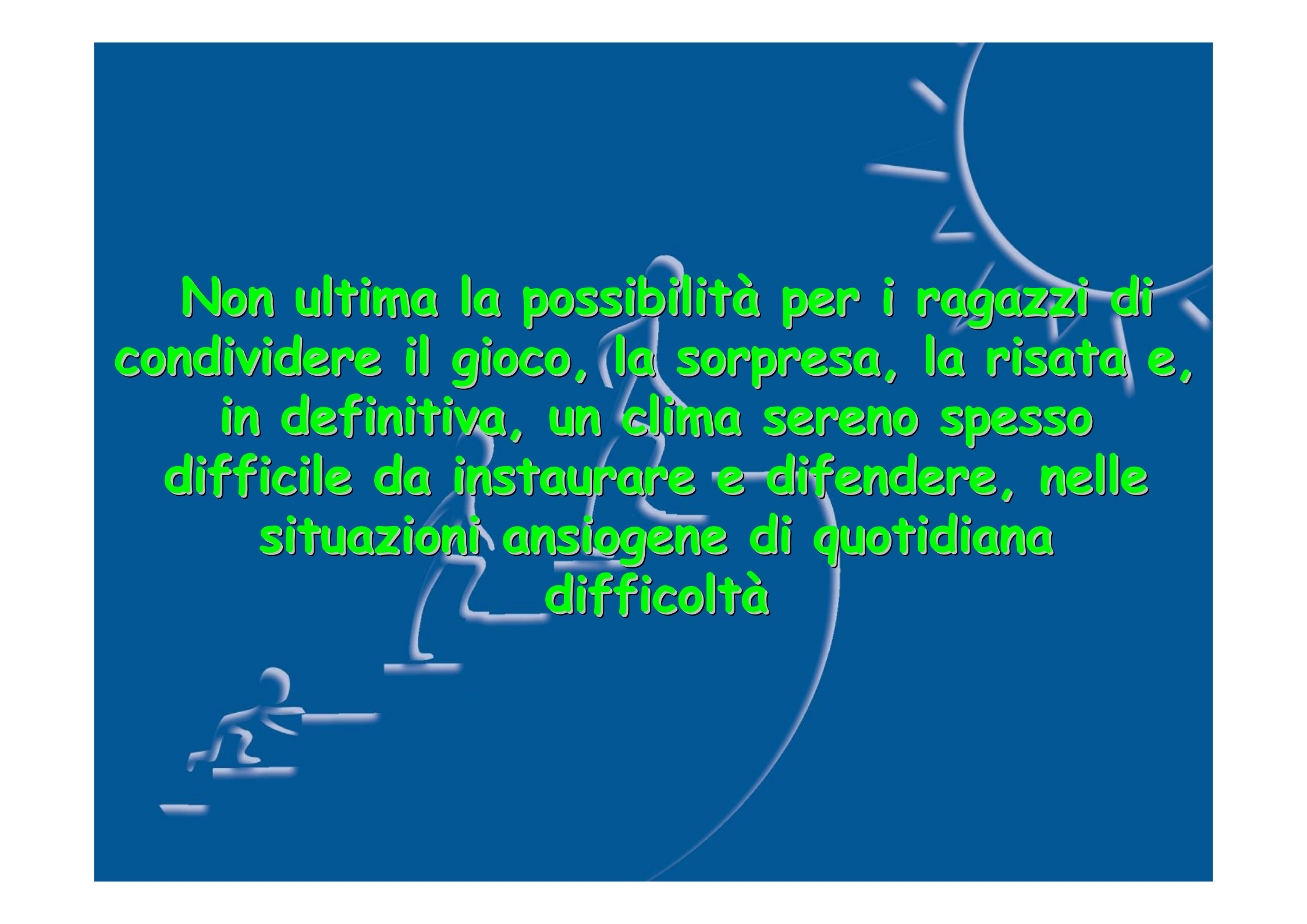
**Dichiarazione di Catanzaro 2011**

**“La costruzione dell'identità”**





**Aver permesso alla relazione  
giovani-adulti di uscire dalla ripetitività  
delle interazioni e dalla monotonia degli  
ambienti, scompigliando beneficamente le  
stereotipie dei comportamenti**



Non ultima la possibilità per i ragazzi di condividere il gioco, la sorpresa, la risata e, in definitiva, un clima sereno spesso difficile da instaurare e difendere, nelle situazioni ansiogene di quotidiana difficoltà

## *ARIA DI STAR BENE*

*Disneyland..... siamo arrivati,  
con le nostre valigie piene di salute.  
Aria di star bene nei nostri cuori e,  
finalmente i dottori fuori.  
Flebo di gioia nelle nostre vene,  
né più siringhe né terapie ma, tanta allegria.  
Passeggiate nel parco, barbecue con i cow-boy e...  
tutto quello che vuoi.  
Che bella avventura anche se con un po' di paura.  
Amicizie sincere, dottori in borghese  
pronti con le loro mani tese.  
Il sogno è finito, ma è stata una bella realtà.  
finalmente a casa da mamma e papà.*

*Maria Giovanna*

Si dice che quando si nasce si sceglie la vita che vede la nostra anima camminare al fianco di altre anime a noi care, per essere aiutati ed aiutare.

Per compiere il nostro destino e per aiutare gli altri a fare altrettanto.

Grazie per aver scelto questa vita.  
Un bacio Raffaele



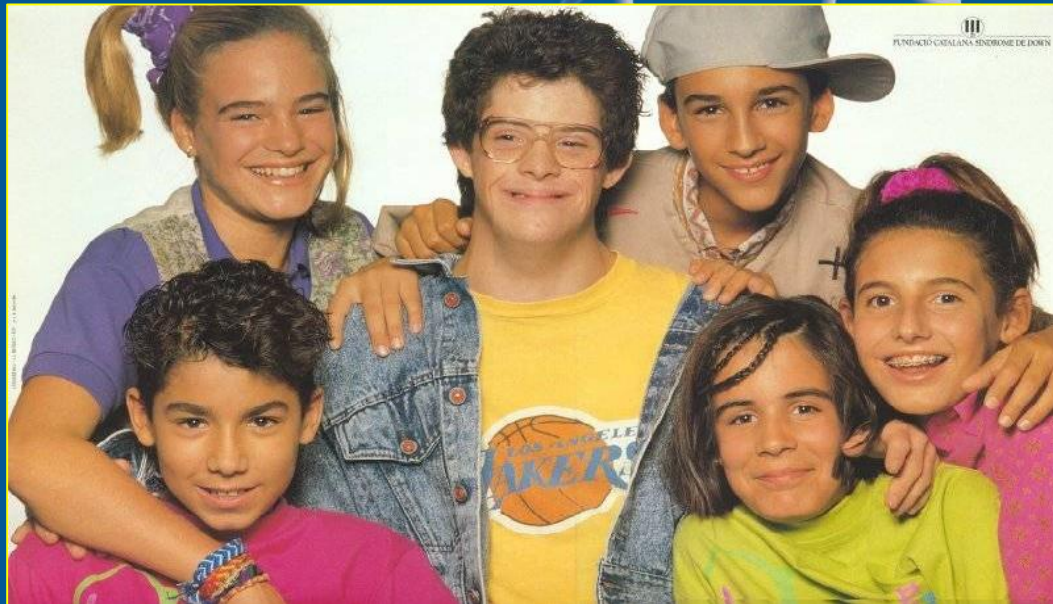
ISTAT al 1° gennaio 2006

**5.150.000 di ragazzi tra 11 e 18 anni**  
**8.8% della popolazione Italiana**  
**12% (14-19 anni)**



**Di questi circa il 9% risulta affetto da almeno una malattia cronica;**  
**percentuale che sale a circa il 12% se si considera la fascia 14-19 anni.**

**Circa il 2% degli adolescenti risulta affetto da 2 o più malattie croniche**  
(conseguenza del miglioramento delle possibilità di cura per patologie sino a poco tempo addietro fatali)





*Non dare retta ai tuoi occhi  
e non credere a quello che  
vedi. Gli occhi vedono solo  
ciò che è limitato.  
Guarda con il tuo intelletto.  
e scopri quello che  
conosci già, allora imparerai  
come si vola*

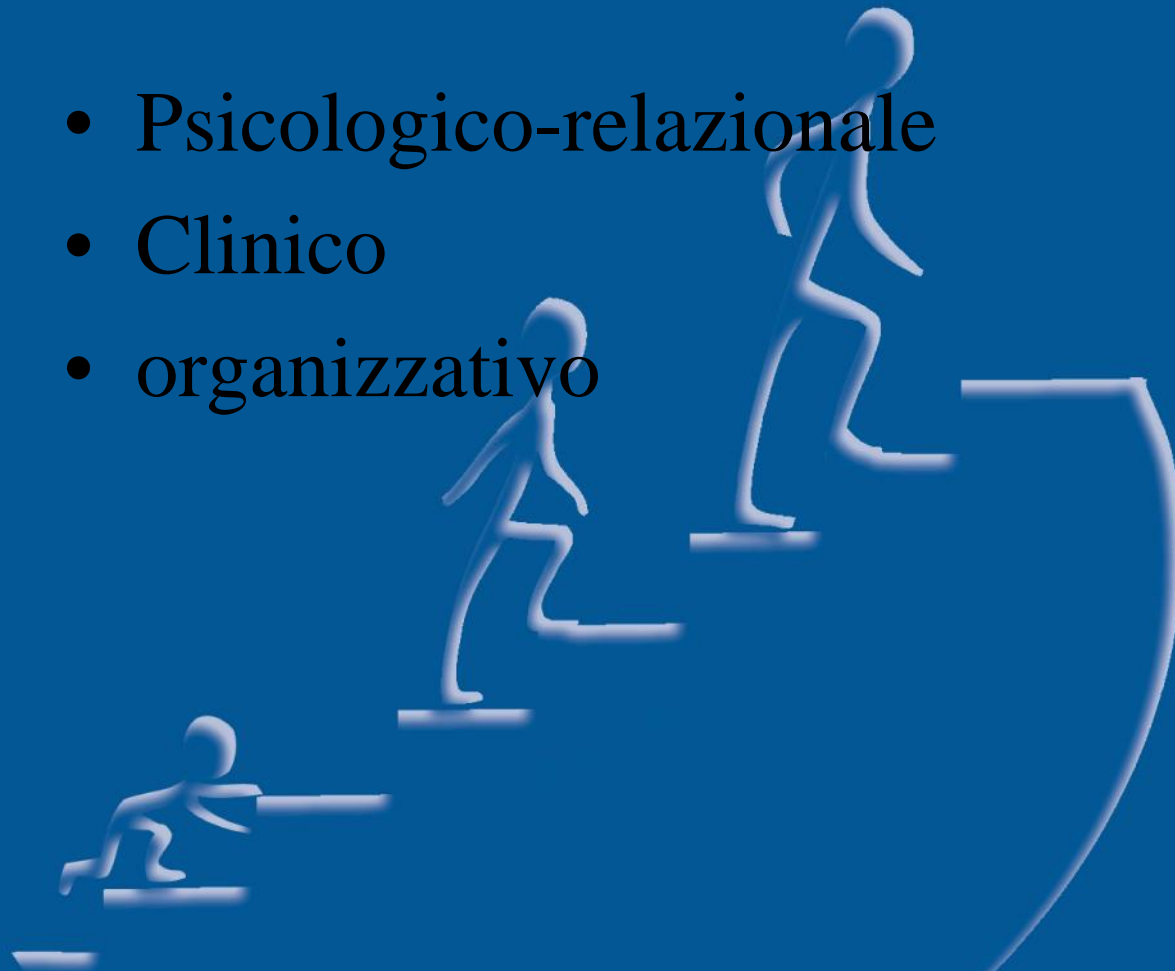
*Richard Bach*

*Il Gabbiano Jonathan Livingston*



# L'approccio all'adolescente

- Psicologico-relazionale
- Clinico
- organizzativo



# L'approccio psicologico- relazionale

- **E' importante:**
  - sapere da chi parte la “richiesta di visita” (genitori o adolescente)
- **Sapere:** se viene da solo, se i genitori sono informati
- **Rassicurare il giovane della SEGRETEZZA del colloquio e della Visita (Diritto alla Privacy)**
- *[nei casi di soggetti con Disturbi di Identità di Genere o di adolescenti più sviluppati è consigliabile la presenza di una terza persona - anche infermiera - (garanzia contro eventuali dichiarazioni fantasiose)]*
- **Impostare assieme un piano per la prevenzione ed il controllo dei fattori di rischio attraverso l'esecuzione dei “BILANCI DI SALUTE”**



**posizione di ascolto e di disponibilità al dialogo** Ascolto  
disponibilità al dialogo con:

- **sincerità**
- **chiarezza**
- **Pazienza**
- **rispetto**
- **lealtà**
- **in un rapporto diretto con l'adolescente, non mediato, cioè, dalle figure genitoriali, ma facendo da "ponte" con la famiglia.**

# Sviluppo Psico-Comportamentale

## HEADSS

- **H (home):** relazioni familiari, nutrizione, immagine corporea
- **E (education):** progressione e rendimento a scuola
- **A (activities):** amici, sport, guida (uso di cinture e casco), ricerca di comportamenti a rischio
- **D (drugs): S (suicide): S (sex):**  
tabacco, alcool, marijuana, altre droghe  
indici di rischio (ansia-depressione-angoscia...)
- **attività sessuale, gravidanza, malattie a trasmissione sessuale, contraccezione**



# Approccio clinico

- **Valutazione AUXOLOGICA:**  
**Crescita antropometrica**  
**STATURO/PONDERALE**
- **VELOCITA' DI CRESCITA**
- **Valutazione ENDOCRINOLOGICA:**
  - **VALUTAZIONE dello STADIO PUBERALE A**
- **ETA' E DINAMICA DELLO "SPURT" PUBERALE**
- **Valutazione dei caratteri sessuali secondari**
- **Valutazione medica completa**

# Approccio organizzativo

- Spazi ambulatoriali dedicati all'adolescente
- Flessibilità di accesso (anche indipendente dai familiari)
- Materiale divulgativo/informativo per l'età e per problemi



# DOMANDE DI SALUTE REGOLA DELLE TRE

“M”

**MOLTEPLICITÀ**

**MOLTEPLICITÀ- MIMETIZZAZIONE**

**MOLTEPLICITÀ’**

- a) **Concomitanza di più motivi alla base della richiesta di consulenza sanitaria da parte dei giovani**
- b) **Frequente riscontro, da parte del medico, di bisogni misconosciuti o sottovalutati**

**MIMETIZZAZIONE**

**Nascondere dietro ad un problema somatico apparentemente primitivo un assai più rilevante disagio psico-socio-comportamentale**

- a) **Linguaggio eminentemente corporeo privilegiato dagli Adolescenti (i disturbi ipocondriaci possono essere l’unica strada permessa ad una sofferenza psichica)**
- b) **Provocata e/o mantenuta dalla Famiglia più propensa ad**

SE  
IL DESTINO  
È CONTRO DI ME  
PEGGIO PER

LUI