ADOLESCENZA E TRANSIZIONE IN ITALIA E ALL'ESTERO

Dobbiamo distinguere due percorsi diversi:

PLS MEDICINA DEL TERRITORIO

La transizione di un adolescente sano al MMG

Il nostro compito è parlare con l' adolescente e la famiglia.

Evidenziare se sono presenti delle fragilità.

Preparare la scheda di transizione da consegnare al nostro adolescente/famiglia (Prossimo ACN), in cui vengano evidenziati i dati che possono essere utili:

- storia del nostro paziente (anamnesi familiare e personale patologica),
- calendario vaccinale con le vaccinazioni che dovrà fare o ripetere,
- ultimi dati auxologici con esame obiettivo.

Perché LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE sia efficace si suggeriscono Corsi di Formazione per i colleghi in cui siano coinvolti i MMG.

La transizione dell'adolescente con patologia cronica

Processo complesso.

Tale complessità è percepita non solo in Italia ma in diversi Paesi Europei.

Diverse le metanalisi pubblicate che evidenziano tali difficoltà.

Transizione effettuata dai Centri di secondo livello: programmare una pianificazione individuale, incontri con discussione clinica dettagliata delle caratteristiche della malattia, screening per lo stress psicologico.

Ci sono in Italia degli ottimi esempi, come il PDTA della SIEDP dell'adolescente con diabete dove viene descritto come deve essere fatta la transizione.

Due definizioni che sono complementari:

1. Passaggio di consegne
   Passaggio pianificato di adolescenti e giovani adulti con patologie croniche da sistemi sanitari centrati sul bambino a quelli orientati all'adulto. E' necessario organizzare anche burocraticamente questo passaggio.

2. Processo progressivo di emancipazione dell'adolescente, mediante il quale giovani con condizioni croniche sviluppano le competenze e si assicurano le risorse necessarie per accertarsi che i loro bisogni sanitari siano soddisfatti quando transiteranno dall'adolescenza all'età adulta.

Responsabilità della gestione della malattia gradualmente spostata dai caregivers agli adolescenti

Ruolo di supervisore del pediatra di famiglia

- Se ha acquisito la capacità di gestire la malattia
- Se necessita di sostegno psicosociale

Il momento del trasferimento deve tener conto delle caratteristiche della malattia e del paziente e non deve essere rigidamente legato al raggiungimento del 18° COMPLEANNO (Livello di Evidenza II, Livello di Raccomandazione B, forte consenso)

Adolescenti con patologie difficilmente transitabili (Quaderni ACP «Bambini per sempre» Enrico Valletta, Martina Fornaro)

Gruppo di studio TransiDEA

Ricerca Nazionale promossa dal Ministero della Salute

Transizione in pazienti con patologia cronica: Diabete, Epilessia e ADHD.

Finalità:

Descrivere lo stato dei percorsi di transizione all'età adulta in Italia.

- *Coinvolti i Servizi di NPI dell'infanzia e dell'adolescenza e di Psichiatria degli adulti.*
- *Interviste e questionari a giovani con ADHD e a operatori sanitari che li avevano in cura.*
- *Verificare la situazione in termini di continuità delle cure dopo tre anni dal compimento dei 18 anni.*

Principali risultati:

- Nell'invio ai servizi dell'adulto metà dei pazienti persa dal SSN.
- Pazienti persi nel processo di transizione hanno più facilmente:
  - accessi al P.S. in seguito a incidenti stradali,
  - episodi di guida in stato di ebbrezza o risse,
  - difficoltà relazionali,
  - impulsività.

Gruppo di studio TransiDEA

Raccomandazioni generali:

- Necessità di risorse strutturali e organizzative.
- Pianificare il processo di transizione a partire dai 16 anni.
- Necessità di LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI per la transizione chiare e attuabili.

TEAM MULTIDISCIPLINARE: 26 raccomandazioni

- Tempistiche per incontri e per il passaggio.
- Spazi per informare gli adolescenti e le loro famiglie e rispondere alle loro domande.
- Strumenti pratici per facilitare lo scambio di informazioni.