Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

SOCIETÀ AFFILIATA ALLA SIP

LUCI OMBRE ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

28 APRILE - 1 MAGGIO 2018
Hotel Royal Continental, Napoli

15.00 – 17.30

IV SESSIONE

GUIDA PRATICA PER LA TRANSIZIONE DAL PEDIATRA AL MEDICO DELL'ADULTO

PRESIDENTE: Salvatore Buono
MODERATORI: Simonetta Bellone, Elena Chiappini

20 Minuti per...

La transizione
Giuseppe Saggese

... del bambino cardiopatico
Francesco De Luca

... del bambino con fibrosi cistica
Valeria Raia

... del bambino obeso
Emanuele Miraglia Del Giudice

... del bambino diabetico
Dario Iafusco

La "transizione" dell'adolescente sano
Michele Fiore

Discussant: Fulvio Esposito
Discussione

Michele Fiore – Genova

"Pediatra e miez a via"

(cit. Riccardo Amoroso – Pediatra di Famiglia, Napoli)

LUNEDÌ **25** SETTEMBRE ORE 11.00 - **ROMA**

presso Ministero della Salute, Auditorium Cosimo Piccinno, Lungotevere Ripa, 1

Società Italiana
di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)

CONFERENZA STAMPA

Presentazione delle Guide Intersocietarie dei Pediatri e dei Medici:

- **"IL BAMBINO NELLA SUA FAMIGLIA. GUIDA PRATICA PER I GENITORI"**

- **"ADOLESCENZA E TRANSIZIONE: DAL PEDIATRA AL MEDICO DELL'ADULTO"**

La presentazione ha ottenuto il patrocinio dal Ministero della Salute e i documenti rappresentano un valido supporto a Medici di famiglia, Pediatri e Genitori.

LUNEDÌ **25** SETTEMBRE ORE 11.00 - **ROMA**

presso Ministero della Salute, Auditorium Cosimo Piccinno, Lungotevere Ripa, 1

Intervengono:

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

Dott. Giuseppe Di Mauro
Presidente Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)

Dott. Giampietro Chiamenti
Presidente Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

Prof. Giuseppe Saggese
Consiglio Direttivo SIPPS e Direttore Rivista RIPPS. Relatore della Guida sulla Transizione

Dott. Michele Fiore
Pediatra di famiglia. Relatore della Guida sulla transizione.

Dott.ssa Maria Carmen Verga
Pediatra di Famiglia. Relatrice della Guida pratica per i genitori.

Un progetto editoriale, intersocietario, della SIPPS portato avanti con la collaborazione di molte Società e Associazioni

GUIDA PRATICA - *Adolescenza e Transizione*

ELENCO AUTORI E RINGRAZIAMENTI

(in ordine alfabetico)

IDEAZIONE E CURA

Michele Fiore	Pediatra di Famiglia, Genova
Giuseppe Saggese	Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Direttore Rivista SIPPS. Componente consiglio direttivo SIPPS

SUPERVISIONE

Renato Cutrera	Direttore UOC Broncopneumologia, Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – IRCCS, Roma. Presidente SIMRI
Giuseppe Di Mauro	Presidente Nazionale Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS). Segretario Nazionale FIMP alle Attività Scientifiche ed Etiche. Pediatra di Famiglia ASL Caserta - Regione Campania
Michele Fiore	Pediatra di Famiglia, Genova
Luigi Greco	Pediatra di Famiglia, Bergamo
Giuseppe Saggese	Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Direttore Rivista SIPPS. Componente consiglio direttivo SIPPS

CAPITOLO 1

Maria Carmen Verga	Pediatra di Famiglia, Vietri sul Mare (COORDINATORE)

A CURA DI:

Gianni Bona	Direttore Dipartimento Materno Infantile Interaziendale, Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità Novara - ASL Vercelli
Giampaolo De Luca	Pediatra di Famiglia, Cosenza. Segretario nazionale Gruppo di Studio Adolescenza della SIP
Luigi Greco	Pediatra di Famiglia, Bergamo
Adima Lamborghini	Pediatra di Famiglia, Teramo
Filomena Palma	Pediatra di Famiglia, ASL Salerno, Battipaglia
Flavia Prodam	Divisione di Pediatria, Endocrinologia, Dipartimento di Scienze della Salute, Università del Piemonte Orientale, Novara
Giuseppe Saggese	Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa Direttore Rivista SIPPS. Componente consiglio direttivo SIPPS

Gruppo di Studio Adolescenza

Guida intersocietaria con il coordinamento scientifico del dottor Giuseppe Di Mauro

CAPITOLO 2

COORDINATORI

Adima Lamborghini	Pediatra di Famiglia, Teramo
Michele Fiore	Pediatra di Famiglia, Genova
Leo Venturelli	Pediatra di Famiglia, Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Bergamo

GENERALITÀ

Giuseppe Saggese	Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Direttore Rivista SIPPS. Componente consiglio direttivo SIPPS

2.1 La transizione dell'adolescente con malattia cronica, rara o disabilitante

PATOLOGIE ALLERGICHE

Salvatore Barberi	SC di Pediatria, Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano (immunoterapia allergene specifica)

Antonio Gulino	Pediatra di Famiglia, Catania (diabete mellito)
Dario Iafusco	Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica "G. Stoppoloni", Dipartimento della Donna, del Bambino e della Chirurgia Generale e Specialistica Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (diabete mellito)
Emanuele Miraglia del Giudice	Professore Ordinario di Pediatria, Dipartimento della Donna del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Seconda Università di Napoli (obesità)
Gabriella Pozzobon	Presidente SIMA. UO Pediatria, Centro di Endocrinologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Dipartimento Materno Infantile. Ospedale San Raffaele. Università Vita e Salute, Milano (ipogonadismo)
Flavia Prodam	Divisione di Pediatria, Endocrinologia, Dipartimento di Scienze della Salute, Università del Piemonte Orientale, Novara (obesità, diabete mellito)
Roberta Ricotti	Clinica Pediatrica Università del Piemonte Orientale, Novara (obesità)
Giuseppe Saggese	Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa. Direttore Rivista SIPPS. Componente consiglio direttivo SIPPS (deficit di ormone della crescita)

MICI

Salvatore Cucchiara	Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Unità Complessa di Gastroenterologia e Epatologia Pediatrica, Sapienza Università di Roma, Policlinico Universitario Umberto I
Giulia D'Arcangelo	Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Unità Complessa di Gastroenterologia e Epatologia Pediatrica, Sapienza Università di Roma, Policlinico Universitario Umberto I

EPATOPATIE

Salvatore Guercio Nuzio	Cattedra di Pediatria, Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana", Università di Salerno, Baronissi (Salerno)

HIV

Elena Chiappini	SODc Malattie Infettive Pediatriche, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Meyer, Firenze
Martina Bianconi	AOU Meyer, Università degli Studi di Firenze

FIBROSI CISTICA

Valeria Raia	Professore Associato di Pediatria. Responsabile Centro Regionale di Riferimento per la Fibrosi Cistica Sezione Pediatrica Regione Campania, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazioni Università Federico II Napoli. Presidente della Società Italiana per lo Studio della Fibrosi Cistica

IMMUNODEFICIENZE PRIMITIVE

Simona Graziani	Centro di Immunologia Pediatrica, Policlinico Tor Vergata, Università di Tor Vergata, Roma
Viviana Moschese	Centro di Immunologia Pediatrica, Policlinico Tor Vergata, Università di Tor Vergata, Roma

ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE

Adele Civino	Reumatologia pediatrica, Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi", Lecce
Angelo Ravelli	Università degli Studi di Genova e IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

LA COMUNICAZIONE ALL'ADOLESCENTE CON MALATTIA CRONICA. COMUNICARE IL PROGETTO DI CURA AL MOMENTO DELLA TRANSIZIONE

Donatella Fraschini	Clinica Pediatrica, Università di Milano-Bicocca, Fondazione MBBM, Monza
Daniele Ghiglioni	UOSD Pediatria ad alta intensità di cura, Dipartimento di Fisiopatologia medico-chirurgica e dei trapianti, Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano (congiuntiviti allergiche)
Massimo Landi	Pediatra di Famiglia, Torino. Collaboratore di Ricerca in Allergologia e Pneumologia Pediatrica CNR, CNR Palermo (rinite)
Alberto Martelli	Direttore UOC Pediatria e Neonatologia Ospedale G. Salvini, Garbagnate Milanese (anafilassi)

PATOLOGIE RESPIRATORIE

Elisabetta Bignamini	Direttore SC Pneumologia, Presidio Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Componente Direttivo SIMRI (patologie respiratorie croniche)
Giovanni Cerimoniale	Pediatra di Famiglia, Minturno (LT) (patologie respiratorie croniche)
Renato Cutrera	Direttore UOC Broncopneumologia, Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – IRCCS, Roma. Presidente SIMRI (patologie respiratorie croniche)
Fulvio Esposito	Direttore UOC Pneumologia e UTSIR Azienda Ospedaliera Pediatrica Santobono - Pausilipon, Napoli. Tesoriere SIMRI (patologie respiratorie croniche)
Elena Nave	Bioeticista, SC Pneumologia, Presidio Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (patologie respiratorie croniche)
Michele Miraglia del Giudice	Dipartimento della Donna del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (asma)
Diego Peroni	Professore Ordinario di Pediatria, U.O. di Pediatria, AOUP, Università di Pisa, Pisa (asma)

IL PAZIENTE GUCH

Luigi Greco	Pediatra di Famiglia, Bergamo
Francesco De Luca	U.O. Cardiologia Pediatrica, Ospedale Santo Bambino, AOU Vittorio Emanuele, Catania

EMOGLOBINOPATIE

Vincenzo de Sanctis	Servizio di Pediatria ed Adolescentologia. Ospedale Privato Accreditato Quisisana di Ferrara

TUMORI

Giuseppe Basso	Professore Ordinario di Pediatria, Università di Padova. Direttore U.O.C. Oncoematologia Pediatrica - Azienda Ospedaliera Università di Padova. Presidente FIEOP
Franca Fagioli	Direttore S.C. Oncoematologia Pediatrica, Direttore Dipartimento di Pediatria e Specialità Pediatriche, Presidio Infantile Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Presidente AIEOP

PATOLOGIE ENDOCRINE

Gianni Bona	Direttore Dipartimento Materno Infantile Interaziendale, Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità Novara - ASL Vercelli (diabete mellito)
Rossella Gaudino	UO Pediatria, Sezione di Endocrinologia ed Adolescentologia Pediatrica, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno Infantili Università degli Studi di Verona (ipogonadismo)
Anna Grandone	Dipartimento della donna del bambino e di chirurgia generale e specialistica. Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", (iperplasia surrenalica congenita, sindrome di Turner)

Momcilo Jankovic	Clinica Pediatrica, Università di Milano-Bicocca, Fondazione MBBM, Monza
Monica Monza	Divisione di Pediatria, Istituto dei Tumori di Milano
Terenziani	

2.2 La transizione dell'adolescente sano

ASPETTI MEDICO-LEGALI

Pasquale Giuseppe Macrì	Medico Legale, Arezzo. Direttore Area Dipartimentale Prevenzione e gestione del rischio dei professionisti Az. Usl Toscana Sud Est. Docente Medicina Legale presso l'Università degli studi di Siena. Referente medico-giuridico Federsanità-ANCI
Renato Savastano	Pediatra, già segretario nazionale FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri

COMUNICARE CON L'ADOLESCENTE

Teresa Cazzato	Pediatra di Famiglia, Taranto
Maurizio Tucci	Giornalista. Presidente Laboratorio Adolescenza

COME INTERCETTARE

Giorgio Conforti	Pediatra di Famiglia, Genova (vaccini)
Antonella Gritti	Prof. Associato di Neuropsichiatria Infantile. Presidente del Corso di laurea in Scienze e Tecniche di Psicologia Cognitiva, Università Suor Orsola Benincasa, Napoli (disturbi comportamento alimentare)
Michele Fiore	Pediatra di Famiglia, Genova (social network)
Pietro Ferrara	Prof. Associato Pediatria, Università Cattolica del Sacro Cuore (abuso e maltrattamento)
Attilio Mazzei	Pediatra di Famiglia, Napoli. Consulente progetto contrasto abuso e maltrattamento ai minori, Comune di Napoli. Consulente esperto Abuso e Maltrattamento varie Procure della Repubblica (abuso e maltrattamento)
Gabriele Masi	Neuropsichiatra Infantile IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone (Pisa), UOC di Psichiatria e Psicofarmacologia (disturbi della salute mentale)
Gianni Testino	Centro Alcologico Regionale – Regione Liguria; ASL3 Genovese presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova (alcol)
Maria Carmen Verga	Pediatra di Famiglia, Vietri sul Mare (social network)

LE SCHEDE

Domenico Adinolfi	Medico di Medicina Generale. Componente del direttivo dell'OOMM della provincia di Napoli. Specialista in pediatria preventiva e puericultura indirizzo neonatologico (vaccini, incidenti)
Patrizia Balbinot	Centro Alcologico Regionale – Regione Liguria, ASL3 Genovese presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova (fumo, alcol, droghe)
Martina Bianconi	AOU Meyer, Università degli Studi di Firenze (malattie sessualmente trasmesse)
Vincenzina Bruni	Medico specialista in ginecologia ed ostetricia. Presidente Onorario Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (educazione alla sessualità)
Margherita Caroli	Specialista in pediatria. Specialista in scienza dell'alimentazione a indirizzo dietetico, dottore di ricerca in nutrizione dell'età evolutiva. Libero professionista (mode alimentari e junk food)
Elena Chiappini	SODc Malattie Infettive Pediatriche, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Meyer, Firenze (malattie sessualmente trasmesse)
Giorgio Conforti	Pediatra di Famiglia, Genova (vaccini, incidenti)
Metella Dei	Medico specialista in ginecologia ed ostetricia ed in endocrinologia. Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (educazione alla sessualità)
Corinna Gasparini	Psicologa dello Sviluppo, PhD Sapienza, Università di Roma (videogiochi, cellulari, internet)
Vito Leonardo Miniello	Dipartimento di Assistenza Integrata, Scienze e Chirurgia Pediatrica - Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", Università di Bari "Aldo Moro" (corretta alimentazione)
Gianni Testino	Centro Alcologico Regionale – Regione Liguria; ASL3 Genovese presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova (fumo, alcol, droghe)
Francesco Pastore	Pediatra di Famiglia. Istruttore BLSD/PBLSD American Heart Association, Consigliere regionale SIPPS Puglia, Martina Franca (incidenti)
Andrea Vania	Prof. Aggr. di Pediatria. Responsabile Centro Dietologia e Nutrizione Pediatrica "Sapienza" Università di Roma. Past-President ECOG (corretta alimentazione)
Elvira Verduci	Ricercatore di Pediatria, Ospedale San Paolo, Dipartimento Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano (corretta alimentazione)

I BILANCI DI SALUTE

Giampaolo De Luca	Pediatra di Famiglia, Cosenza. Segretario nazionale Gruppo di studio Adolescenza della SIP
Michele Fiore	Pediatra di Famiglia, Genova

Hanno collaborato

Gaetano Bottaro	Pediatra di Famiglia, Gravina di Catania
Valdo Flori	Pediatra di Famiglia, Firenze
Lamberto Reggiani	Pediatra di Famiglia, Imola
Giovanni Simeone	Pediatra di Famiglia, ASL Brindisi, Mesagne
Maria Carmen Verga	Pediatra di famiglia, Vietri sul Mare

LA CARTELLA CLINICA INFORMATICA

Giovanni Abbattista	Vice Presidente Product Management AS Italy - CompuGroup Medical Italia SpA
Domenico Adinolfi	Medico di Medicina Generale. Componente del direttivo dell'OOMM della provincia di Napoli. Specialista in pediatria preventiva e puericultura indirizzo neonatologico
Luigi Cantarutti	Pediatra di Famiglia, Padova. Presidente di SOSEPE Srl. Coordinatore Nazionale del Network Pedianet
Cristina Rossi	Medico di Medicina Generale. Referente nazionale area prevenzione ed educazione alla salute SIMG e delle cure primarie (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie). Presidente provinciale SIMG La Spezia. Specialista in Clinica Pediatrica
Marco Tondello	Responsabile Formazione JUNIOR BIT - SoSePe Srl

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento sentito al Prof. **Pietro Vajro** (Università degli Studi di Salerno) per il prezioso contributo offerto alla stesura del paragrafo sulle epatopatie, in qualità di esperto delle problematiche relative alla transizione degli adolescenti affetti da questa patologia ad esordio pediatrico, e al Prof. **Valerio Nobili** (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma) per aver collaborato alla revisione critica del medesimo.

Per il contributo dato alla stesura del paragrafo sulle immunodeficienze primitive si ringraziano **Mayla Sgrulletti, Antonella Polito, Viola Giovinazzo, Martina Borzi, Manuela Marzella, Valentina Rinaldi, Maddalena Fortuna, Letizia Piazza, Loredana Chini**.

CAPITOLO 3

Valter Spanevello	Pediatra di famiglia, Vicenza. Past President CESPER – Centro studi per la Formazione e la ricerca in pediatria territoriale (COORDINATORE)

A CURA DI:

Giuseppe Saggese	Ordinario di Pediatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa Direttore Rivista SIPPS. Componente consiglio direttivo SIPPS
Domenico Tangolo	Direzione Sanitaria Ospedale Infantile Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Coordinatore del Tavolo di Regia Transitional Care
Luigi Greco	Pediatra di Famiglia, Bergamo
Cristina Rossi	Medico di Medicina Generale. Referente nazionale area prevenzione ed educazione alla salute SIMG e delle cure primarie (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie). Presidente provinciale SIMG La Spezia. Specialista in Clinica Pediatrica
Valter Spanevello	Pediatra di famiglia, Vicenza. Past President CESPER – Centro studi per la Formazione e la ricerca in pediatria territoriale

CAPITOLO 1: L'ADOLESCENZA 19

- Generalità - Chi è l'adolescente? 19
- L'adolescente sano e con malattia. Chi è il medico dell'adolescente? 23
- Peculiarità, problematiche, comportamenti a rischio 27
  - Il processo decisionale negli adolescenti 28
  - Il ruolo dei "pari" 29
  - La deprivazione di sonno 31
  - Il contesto sociale 32
- Considerazioni conclusive 33

Perché nasce questa Guida?

Perché nasce questa Guida?

- La transizione è un processo dinamico e longitudinale
- Riguarda, classicamente, il trattamento della condizione cronica, ma…
- **… anche gli aspetti preventivi (il soggetto sano)**
- Deve essere precoce

CAPITOLO 2
LA TRANSIZIONE

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

- Generalità

2.1 La transizione dell'adolesce cronica, rara o disabilitante

Esempi di patologie croniche. Aspetti a nell'adolescente. Quale programma di

- Patologie allergiche
  - Anafilassi
  - Congiuntiviti allergiche (VKV e AKC)
  - Rinite
  - Transizione e immunoterapia allergene
- Patologie respiratorie croniche e asma
- Cardiopatie e Ipertensione. Il paziente

61
66
70
70
73
74
76
80
83
Intestinali 88
93
99
104
109
112

e con malattia cronica.
momento della transizione 116

GENERALITÀ

Per transizione si intende il "passaggio programmato di adolescenti affetti da malattia cronica da un sistema di cure centrato sul bambino a uno orientato sull'adulto". A questa definizione possiamo aggiungere che la transizione non corrisponde a un singolo momento, ma, piuttosto, è parte di un più ampio e dinamico passaggio dal bambino dipendente all'adulto indipendente, con profondi cambiamenti che interessano non solo l'aspetto clinico, ma anche quello culturale e sociale. Quello della transizione è un tema di assoluta importanza e attualità, per i suoi riflessi sul piano assistenziale. Per tale motivo deve essere oggetto di un'attenta riflessione da parte dei pediatri, che rappresentano una componente fondamentale del processo di transizione. Il pediatra deve occuparsi di transizione in modo più consapevole ed efficace in quanto alcuni studi hanno messo in evidenza che un inadeguato processo di transizione di adolescenti affetti da malattie croniche è associato a un peggioramento del loro stato di salute. A fronte di questa evidenza dobbiamo osservare che, a oggi, la transizione rimane un processo frammentario e non pianificato; mantiene per lo più i caratteri della volontarietà di cui si fanno carico, tra mille difficoltà, gli operatori sanitari nelle singole realtà locali. Inoltre manca una cultura specifica a livello degli amministratori, per cui manca un'organizzazione specifica, mancano i luoghi stessi della transizione e mancano le risorse dedicate.

Differenze fra Unità di cura Pediatrica e Unità di cura per Adulti

Pediatrico	Adulti
Consulenza familiare	Consulenza individuale
Team multidisciplinare e supporto psico-sociale	Supporto limitato
Minor numero di pazienti	Elevato numero di pazienti
Conoscenza specialistica	Minore esperienza su malattie rare

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

❯ Generalità

2.1 La transizione dell'adolescente con malattia cronica, rara o disabilitante

Esempi di patologie croniche. Aspetti assistenziali nell'adolescente. Quale programma di cura devo concordare?

La transizione in epatologia pediatrica

1. FASE PRELIMINARE
- Istituire un gruppo di lavoro (medici e altri professionisti ➡ infermieri, psicologi, ecc)
- Stabilire i criteri di selezione e identificare i pazienti in base all'età ➡ utlizzare uno specifico registro
- Informare i pazienti e la famiglia circa un futuro passaggio delle cure a un medico dell'adulto ➡ iniziare dai 12 anni
- Coinvolgimento precoce dei pazienti nella cura della propria salute (prima valutazione)
- Preparare un piano di cura individualizzato.

2. PREPARAZIONE
- Aggiornare periodicamente il piano di cura, sintesi clinica, documenti utili
- Preparare il paziente di 12-14 anni all'approccio del medico dell'adulto: potere decisionale, privacy, accesso autonomo a informazioni
- Prevedere una tempistica adeguata per il trasferimento con ripetuti test di valutazione.

3. ULTIMA VISITA CON L'EPATOLOGO PEDIATRA (EP)
- Discutere prima dell'ultima visita, in autonomia, (senza i genitori) argomenti circa la propria salute
- L'EP aiuta il giovane a identificare uno specialista epatologo dell'adulto (EA) consentendo un primo contatto o un primo incontro con esso.

Il paziente è pronto? La patologia epatica è in remissione?

NO

SI

4. ATTIVAZIONE DEL PROCESSO
- Prevedere alcune visite (senza genitori) in presenza di EP ed EA ➡ inquadrare in dettaglio il paziente in transizione (condizioni cliniche, stabilità psicofisica, ecc)
- Terapia condivisa fra EP ed EA
- Lista di controlli clinici ravvicinati
- Guida pratica degli appuntamenti.

5. TRASFERIMENTO DELLE CURE
- Documenti del trasferimento: piano di cura completo comprensivo di valutazione della "readiness", sintesi clinica, piano di emergenza, documenti legali, lettera per l'EA compilata dall'EP
- Prima visita con l'EA
  - Prima dei 18 anni e non più tardi dei 25 anni di vita
  - Entro 3-6 mesi dall'ultima visita specialistica pediatrica
  - Utilizzare schede di valutazione.

6. FINE DEL TRASFERIMENTO
- Contattare il paziente, i genitori e l'EA 3-6 mesi dopo l'ultima visita pediatrica ➡ ottenere feedback critico del processo
- Continuare a offrire assistenza ➡ costruire una collaborazione duratura con l'EA
- Monitorare gli effetti della transizione fino a 12 mesi dopo il passaggio al servizio dedicato agli adulti.

LA COMUNICAZIONE ALL'ADOLESCENTE CON MALATTIA CRONICA. COMUNICARE IL PROGETTO DI CURA AL MOMENTO DELLA TRANSIZIONE

La transizione è un problema comune di tutta quella parte di medicina che riguarda patologie diagnosticate durante l'infanzia e l'adolescenza.

Per quanto riguarda la comunicazione, essa si realizza in modo strutturato a vari livelli e con diversi strumenti.

1. L'organizzazione di un **ambulatorio "poster"** (post-terapia) finalizzato a:
   a. avere la disponibilità di uno specifico setting per il follow-up;
      - sorveglianza della malattia primaria con programma di follow-up oncologico fino a 36 mesi dalla sospensione elettiva delle terapie;
      - programma di long term follow-up da 3 anni dopo la sospensione delle cure costituito da follow-up d'organo;
      - programma che deve essere presentato con un colloquio di stop terapia ad hoc per tempo (almeno 30 minuti) e luogo (studio senza essere disturbati).
   b. Curare la personalizzazione:
      - del follow-up, basato sul principio dell'individuazione di fattori di rischio specifici (situazioni cliniche preesistenti la diagnosi di tumore, esposizione a farmaci o terapie particolari, complicanze…);
   c. garantire la collaborazione.

Il Centro pediatrico rimane il riferimento anche quando il paziente diventa adulto garantendo la possibilità di ricevere e dare informazioni sullo stato di salute in collegamento costante con i Centri specialistici dell'adulto.

LA COMUNICAZIONE ALL'ADOLESCENTE CON MALATTIA CRONICA. COMUNICARE IL PROGETTO DI CURA AL MOMENTO DELLA TRANSIZIONE

La transizione è un problema comune di tutta quella parte di medicina che riguarda patologie diagnosticate durante l'infanzia e l'adolescenza.

3. Il passaporto della guarigione

Il "passaporto" è importantissimo, perché la comunicazione non può prescindere dalla documentazione scritta. È, infatti, il documento che contiene la storia della malattia e i dati di terapia, da dare a ogni paziente al momento della fine delle cure o poco più tardi. In formato cartaceo ed elettronico, deve essere scritto in maniera semplice e deve contenere raccomandazioni personalizzate. Viene redatto in tutte le lingue europee (progetto PanCareSurFup, PCSF): *data base + follow-up guidelines = web based patient passport.*

Perché nasce questa Guida?

Lo scopo della Guida è quello di fornire **uno strumento pratico, concreto e di facile consultazione** ad uso del Pediatra e del Medico dell'adulto, con il fine ultimo di metterli nella condizione di assistere al meglio sia il soggetto sano sia il paziente cronico in questa delicata fase di "passaggio del testimone", ancora del tutto inesplorata sotto alcuni aspetti.

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

- Generalità

2.2 La transizione dell'adolescente sano

Aspetti medico-legali della visita all'adolescente

Comunicare con l'adolescente

- Generalità
- Il colloquio con i genitori
- Il colloquio con l'adolescente

Come intercettare – Check list

- Il controllo delle vaccinazioni
- Le dipendenze: alcol
- Le "nuove" dipendenze: i Social Network
- I disturbi del comportamento alimentare
- I disturbi della salute mentale
  - Depressione e suicidalità
  - Il disturbo d'ansia
- L'abuso e il maltrattamento

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

- Generalità

Le schede

- I vaccini
- Le malattie sessualmente trasmesse
- Educazione alla sessualità
- La corretta alimentazione
- Mode alimentari e junk food
- Fumo
- Alcol
- Droghe
- Le "nuove" dipendenze: videogiochi, cellulari, internet
- Incidenti

- Incidenti stradali
- Incidenti sportivi
- Soffocamento o inalazione da corpo estraneo

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

- Generalità

I Bilanci di salute

- Per il pediatra [12-16 anni]
- Per il Medico di Medicina Generale [16-18 anni]

La cartella clinica informatica

- La scheda di Infantia
- La scheda di Junior bit
- La scheda nel software del MMG

2.2 La transizione dell'adolescente sano

ASPETTI MEDICO-LEGALI DELLA VISITA ALL'ADOLESCENTE

COMUNICARE CON L'ADOLESCENTE

IL MEDICO DEVE INDOSSARE IL SAIO

Roberto Burgio

Generalità

Il colloquio con i genitori

Il colloquio con l'adolescente non si costruisce unicamente nel tempo faccia a faccia con lui. È necessario sapere chi è la persona che stiamo per incontrare, che cosa voglia dire avere la sua età, quali possibili chiavi possiamo usare per entrare in contatto, come è opportuno porsi nei suoi confronti, quali vissuti ed emozioni ci sono nei suoi trascorsi.

Il colloquio con l'adolescente

Nell'impostazione del colloquio con l'adolescente è utile sottolineare l'importanza del come condurre il colloquio e cosa chiedere (*process e content*): si devono rispettare delle regole se si vuole avere probabilità di successo terapeutico.

COME INTERCETTARE – CHECK-LIST

Il controllo delle vaccinazioni

- Ho individuato il mio paziente adolescente in "uscita" dai miei elenchi
- Ho il suo stato vaccinale aggiornato
- Ho i suoi contatti o quelli della sua famiglia
- Ho individuato e consigliato i vaccini da richiamare (dTPa-IPV – Men ACWY)
- Ho individuato e consigliato i vaccini da recuperare (MPRV)
- Ho individuato e consigliato i vaccini da effettuare (HPV – Men B)
- È un soggetto a rischio per patologia e quindi lo devo vaccinare per questo (Influenza - PCV)
- Ho ottenuto l'adesione informata dei genitori e del ragazzo
- L'ho inviato al Servizio Vaccinale di zona o l'ho vaccinato io
- Ho registrato la vaccinazione eseguita
- Ho segnalato eventuali ADR.

Alcuni esempi di check list

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

2.2 La transizione dell'adolescente sano

Alcuni esempi di check list

I disturbi del comportamento alimentare

In campo specialistico vengono utilizzati alcuni questionari/interviste, individuali, per il rilevamento di condotte alimentari anomale o soggetti a rischio. Ad esempio:

1. l'*Eating Attitude Test* (EAT-26), per adolescenti (>14 anni) e adulti;
2. il *Children's Attitude Test* (Ch-EAT) per bambini dagli otto anni;
3. l'EDI-3, per adolescenti e adulti.

PER I RAGAZZI	Mai	Rara-mente	Talvolta	Spesso	Molto spesso	Sempre
Penso continuamente al cibo						
Mi preoccupo delle calorie						
Sono più grasso/a di come gli altri mi dicono						
Non voglio ingrassare						
Non sono mai soddisfatto/a del mio corpo						
Cerco di mangiare sempre gli stessi alimenti						
Lo sport aiuta a bruciare il grasso/le calorie						
Penso alla dieta						
Mi sento in colpa se mangio						
Mi sento gonfio/a anche prima di terminare il pasto						
Ho il terrore di prendere peso						

PER I GENITORI	Mai	Rara-mente	Talvolta	Spesso	Molto spesso	Sempre
Sminuzza il cibo						
Conosce le calorie dei cibi						
Lamenta facile sazietà						
I pasti durano molto a lungo						
Esegue molta attività fisica						
Ha eliminato i carboidrati/dolci dalla dieta						
Vuole mangiare da solo/a						
Vuole preparare da sé i cibi						
Manifesta sintomi quali nausea, vomito, eccessivo senso di pienezza, disfagia o paura di ingoiare						
È diventato/a irritabile ed è aggressiva/o quando invitato/a mangiare						
È eccessivamente preoccupato/a per forma e peso corporeo						

Alcuni esempi di check list

NOTA BENE Per tutte le seguenti check-list, dovranno essere utilizzati:

A) per le "*domande multiple*", le seguenti risposte:

- Sempre/Quasi sempre
- Spesso
- A volte
- Raramente/Mai
- Non so

B) per le "*domande dicotomiche*" le seguenti risposte:

- Sì
- No
- Non so

I disturbi della salute mentale

Depressione e suicidalità

I disturbi depressivi sono una condizione clinica molto frequente in età evolutiva.

Una recente valutazione epidemiologica effettuata negli Stati Uniti (*National Comorbidity Survey-Adolescent*) ha riscontrato una prevalenza lifetime e di 12 mesi rispettivamente di 11,0% e 7,5% rispettivamente e, relativamente alle forme gravi, del 3,0% e del 2,3%.

Problema centrale nella diagnosi è quello della distinzione tra la "normale" depressione, parte della dinamica affettiva dello sviluppo di ogni soggetto, in particolare in adolescenza, generalmente transitoria e priva di significativa interferenza con lo sviluppo della personalità, del comportamento e delle relazioni interpersonali, e la depressione patologica, un disturbo psichiatrico che interferisce con il funzionamento sociale e scolastico, e che richiede un trattamento.

SCHEDA DEPRESSIONE

Sintomi principali

Umore depresso/tristezza	
Perdita di interesse e piacere nelle attività precedentemente gradite	
Alterazione di appetito e peso corporeo	
Alterazione di sonno	
Aumento o diminuzione di attività motoria	
Senso di fatica, astenia, stancabilità	
Senso di colpa, vergogna, autosvalutazione	
Disturbo di concentrazione, memoria, decisione	
Pensieri di morte o di comportamenti autolesivi, in particolare di suicidio	

Sintomi associati

Bassa autostima	
Senso di inferiorità rispetto agli altri	
Timori di perdita o di abbandono	
Verbalizzazione di essere scarsamente amati o amabili dagli altri	
Aumentata sensibilità a eventi esterni non favorevoli	
Senso di disinteresse e noia	
Peggioramento scolastico	
Perdita di speranza sul futuro	
Percezione negativa dell'immagine corporea	
Perdita di interesse nelle relazioni con i coetanei	

Sintomi associati (depressione atipica)

Senso di stanchezza, lentezza motoria, rigidità	
Aumento di appetito (carboidrati) e di peso	
Peggioramento serale	
Senso di ansia intenso	

Come intercettare – Check list

L'abuso e il maltrattamento

Il maltrattamento sui minori è definito dall'OMS come: "*tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, incuria o trattamento negligente, abuso sessuale, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provochino un danno reale (ma anche potenziale) alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere*". Il maltrattamento può essere **fisico e/o psicologico**.
Quello **fisico** si può distinguere in **forme omissive** (mancanza di fornitura di cure) e **forme commissive** (si esercita un maltrattamento tramite lesività meccanica, chimica, termica). Vi sono anche forme da **alterazione della fornitura di cure**: ipercura, discura, *medical shopping*, sindrome di Münchhausen per procura.
L'abuso sessuale è il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo; tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni, possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori. È un fenomeno diffuso. Si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo.

Quando e come sospettare il problema

In caso di **maltrattamento fisico** sono visibili lesioni o esiti di lesioni sul corpo della vittima e, nei casi gravi, alterazioni comportamentali riscontrabili anche nel grave **maltrattamento psicologico**: ansia, fobie di persone cose e luoghi, turbe del sonno, depressione, tentato suicidio, aggressività, passività.
Nell'abuso sessuale possono essere presenti indicatori e segni fisici aspecifici come: dolori addominali, disturbi della sfera alimentare, infezioni e flogosi dei genitali, traumi genitali senza spiegazione adeguata; o specifici come: malattie sessualmente trasmesse, trauma da penetrazione vaginale/anale non giustificato, gravidanza. Gli indicatori comportamentali sono simili a quelli riscontrabili nel maltrattamento: oltre a disfunzione neuroendocrina, disturbo da stress postraumatico, tossicodipendenza.

Le domande per l'adolescente

La diagnosi di maltrattamento/abuso sessuale si fonda sull'interazione variabile di diversi fattori: storia, indicatori, segni fisici, segni sostitutivi, esiti a breve e a lungo termine. Oltre a questi fattori è di fondamentale importanza, soprattutto nell'abuso sessuale, la "rivelazione" da parte della vittima. Nell'adolescente la rivelazione è più frequentemente intenzionale:

- Segreto svelato a un amico o a una persona fidata che poi lo divulga
- Esistenza di foto, filmati sul telefonino, materiale scritto (lettere, diario)
- Manifestazione "intenzionale" d'indicatori fisici o comportamentali.

Le azioni da fare

<u>Pediatra</u>

Dal punto di vista medico-legale quando il pediatra rilevi con certezza l'esistenza di una condizione di maltrattamento (art. 572) o sospetti un abuso sessuale su minore (a- Atti sessuali con violenza o minaccia o abuso di autorità, Violenza sessuale, art. 609 bis. b- Atti sessuali senza violenza o minaccia o abuso di autorità, Atti sessuali con minorenni, art. 609 quater), essendo questi reati procedibili d'ufficio, deve presentare il referto (se esercente la professione sanitaria) o la denuncia di reato (se pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio) all'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica presso il

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

2.2 La transizione dell'adolescente sano

Le schede

I vaccini

Premessa

Vaccinare gli adolescenti conviene perché saranno i futuri genitori dei nostri futuri pazienti (o dei futuri pediatri di famiglia)

In occasione del passaggio dall'assistenza dal Pediatra di Famiglia al Medico di Medicina Generale, in tema di vaccinazioni si possono verificare le seguenti situazioni

1. Richiamo vaccinale (se previsto come booster)

2. Recupero vaccinale (in caso di inadempienza a raccomandazioni precedenti)

3. Prima vaccinazione (raccomandata per l'età)

4. Soggetto con fattore di rischio per patologia

Alla disamina, qui di seguito, dei punti elencati seguirà una check list da utilizzare come promemoria dei passi necessari a completare la transizione vaccinale nel migliore dei modi.

1. RICHIAMO VAC

Richiamo per il vaccino antidifterico-tetanico-pertosse-polio, quinta dose (dTPaIPV)

Note: In ca vacc difte effet caso In co veni In Ita quel indu (per zion di o re-in aree veri

Richiamo per il vaccino antimeningococco - seconda dose. Raccomandato il quadrivalente (Men A C W135 Y)

Not ria in coni suffi inva quar alme com tro la men anti al di rece mici in fe Italia zion vacc adol

2. RECUPERO VACCINI

Recupero della seconda dose per il vaccino antimorbillo-parotite-rosolia-varicella (MPRV)

Note: si attiva e g gli adulti delle qua cinazioni getti adu informat opportu In occasi attività s ciclomot Soggetti varicella essere va varicella mo) 8-12

3. PRIMA VACCINAZIO

Vaccino antipapillomavirus (HPV)

Note: se l'accordo la vaccin te e grat italiane a 12° anno anno di v compim to del 12 del vacci anni. In r gratuita anche a 25 anni.

Vaccino antimeningococco B (MenB)

Note: es chiarian ne di rou adolesce È raccon dall'appl anti-men in Italia, anche la in età ad contemp portatori ne e della malattia invasiva.

4. SOGGETTO CON FATTORE DI RISCHIO PER PATOLOGIA

Vaccino antiinfluenzale

Note: adolescenti affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico-ostruttiva-BPCO);
- malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;
- diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30);
- insufficienza renale/surrenale cronica;
- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
- tumori;
- malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
- patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
- patologie associate ad aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad esempio malattie neuromuscolari);
- epatopatie croniche;
- bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico.

Vaccino antipneumococco (PCV)

Note: La vaccinazione antipneumococcica è consigliata ai soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre la malattia per la presenza di patologie o condizioni predisponenti:

- cardiopatie croniche;
- malattie polmonari croniche;
- cirrosi epatica, epatopatie croniche evolutive;
- alcoolismo;
- diabete mellito, in particolare se in difficile compenso;
- soggetti con perdite liquorali da traumi o intervento;
- anemia falciforme e talassemia;
- immunodeficienze congenite o acquisite;
- asplenia anatomica o funzionale;
- leucemie, linfomi, mieloma multiplo;
- neoplasie diffuse;
- trapianto d'organo o di midollo;
- immunosoppressione iatrogena clinicamente significativa;
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica;
- HIV positivi;
- portatori di impianto cocleare.

Le schede

Le malattie sessualmente trasmesse

Con il termine "malattie sessualmente trasmissibili (MST)" si includono oltre 30 diverse infezioni contratte per via sessuale, tra le quali le più comuni sono l'infezione da *Chlamydia trachomatis*, la sifilide, l'herpes genitale, l'infezione da HPV, la gonorrea e l'infezione da HIV.

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che in tutto il mondo oltre 500 milioni di persone ogni anno contraggano una MST; gli adolescenti, nonostante siano solo il 25% della popolazione sessualmente attiva, sono i più colpiti, rappresentando quasi il 50% di tutti i nuovi casi di MST. In Italia, circa il 19,5% dei nuovi casi di malattie sessualmente trasmissibili è diagnosticato nei giovani fra i 15 e i 25 anni.

Gli adolescenti sono in un particolare periodo di sviluppo psicofisico che li predispone ad assumere comportamenti a rischio e a un desiderio di maggiore autonomia; l'incremento del rischio di contrarre una MST è multifattoriale, per i rapporti sessuali con più partner, per rapporti non protetti, per la maggior suscettibilità alle infezioni a causa di una fisiologica ectopia cervicale nelle ragazze e per il minor accesso ai servizi di prevenzione. Di seguito verranno descritte le principali MST; il trattamento è discusso nella tabella alla fine del paragrafo.

Trattamento delle principali MST

Infezione	Trattamento/i	Note
Infezione da ***Herpes simplex***	Primo episodio: aciclovir compresse da 400 mg per 3 volte al giorno per 7-10 giorni Infezione ricorrente (terapia episodica): aciclovir compresse 400 mg per 3volte al giorno per 5 giorni Infezione ricorrente (terapia soppressiva): aciclovir compresse 400 mg per 2 volte al giorno	Il trattamento non ha efficacia sull'infezione latente e non diminuisce il rischio di ricorrenza, la frequenza o la gravità degli episodi una volta sospeso. La profilassi può essere giustificata nei pazienti con frequenti episodi (> 6 all'anno), può ridurre la frequenza delle recidive del 70%-80%; la necessità di tale trattamento dovrebbe essere rivalutata annualmente in base al numero di recidive
Infezione da ***HIV***	Il trattamento deve essere concordato con lo specialista infettivologo	

Trattamento delle principali MST

Infezione	Trattamento/i	Note
Infezione da ***HPV*** (verruche ano-genitali)	Crioterapia Terapia chirurgica Imiquimod	La scelta deve essere dettata dall'esperienza del medico, dalla preferenza del paziente, dal numero di lesioni, considerando che circa il 10-30% delle lesioni si autorisolve e che tutte le varie terapie presentano potenziali effetti collaterali e alto rischio di recidiva
Infezione da ***Chlamydia trachomatis***	Azitromicina (compresse da 1 g in singola dose giornaliera) *oppure* Doxiciclina (compresse da 100 g per 2 volte al giorno) per 7 giorni	Deve essere sottoposto a screening e trattato anche il partner del paziente infetto. Per l'alto rischio di reinfezione è indicato un re-testing nei pazienti dopo 3 mesi trattamento
Infezione da ***Neisseria gonorrhoeae***	Ceftriaxone 250 mg intramuscolo (IM) + azitromicina compresse 1 g in singola dose. In caso di allergia alle cefalosporine: gentamicina 240 mg IM In caso di allergia all'azitromicina: doxiciclina compresse 100 mg per os per 2 volte al giorno per 7 giorni)	La duplice terapia è raccomandata per la diffusione di ceppi resistenti alle cefalosporine. Deve essere sottoposto a screening e trattato anche il partner del paziente infetto. Per l'alto rischio di reinfezione è indicato un re-testing nei pazienti dopo 3 mesi trattamento
Infezione da ***Treponema pallidum***	Sifilide primaria, secondaria e latente precoce: benzatin penicillina 50.000 unità/kg IM fino a 2,4 milioni di unità in singola dose Sifilide latente tardiva: benzatin penicillina 50.000 unità/kg IM fino a 2,4 milioni di unità per 3 dosi a intervalli di 1 settimana fino a una dose totale di /,2 milioni di unità	Il paziente con sifilide primaria e secondaria deve essere rivalutato clinicamente e a livello sierologico a 6 e 12 mesi dal trattamento, mentre i pazienti con sifilide latente devono essere rivalutati a 6,12 e 24 mesi

Le schede

Educazione alla sessualità

Definire l'educazione sessuale

Modificando – di poco - la definizione della IPPF del 2006, consideriamo l'educazione sessuale un *processo educativo con la finalità di promuovere conoscenze, competenze, atteggiamenti e valori di cui soprattutto i più giovani hanno bisogno per comprendere la propria sessualità e viverla, fisicamente ed emotivamente, nel rispetto degli altri, come individui e nelle loro relazioni.*

Definiamo l'educazione sessuale formale, rappresentata da un curriculum strutturato, di solito all'interno delle scuole, rivolto a studenti di più fasce di età, ma soprattutto svolto prima del termine della scuola dell'obbligo, con una scelta appropriata di temi e di metodologie. Gli interventi possono essere svolti da esperti, integrati con insegnanti di alcune materie (come, ad esempio, nell'esperienza nazionale) oppure essere inseriti nel tema più vasto dell'educazione alla salute, condotto da insegnanti che hanno fatto una formazione specifica (come in molte esperienze europee).

È l'educazione sessuale informale che, talvolta risponde a domande o a ricerche da parte dei destinatari, ma più spesso si inserisce, non richiesta, in un momento in cui si verifica un'occasione o uno stimolo. In genere è questa la modalità con cui attualmente il pediatra, o altri operatori sanitari che sono a contatto con bambini e adolescenti, possono passare informalmente molti messaggi importanti di tipo informativo, di rassicurazione sullo sviluppo fisico o su altri motivi di ansia e anche sui cambiamenti e le difficoltà nelle relazioni.

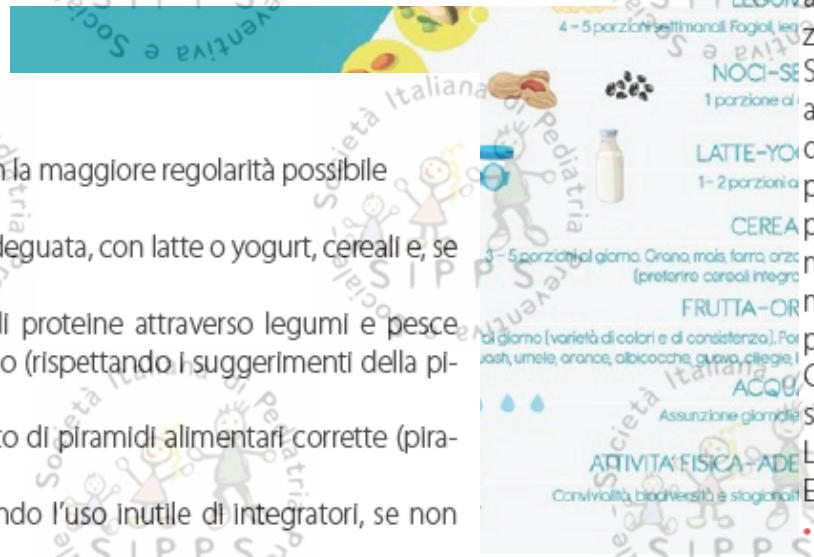
Una visita di controllo dello sviluppo puberale, una patologia che coinvolge i genitali, un consiglio sulla vaccinazione contro il Papillomavirus possono essere momenti preziosi per saggiare i bisogni e allargare le risposte. Anche

2.2 La transizione dell'adolescente sano

Le schede

La corretta alimentazione

Durante gli anni dell'adolescenza si assiste a un'improvvisa e tumultuosa accelerazione della velocità di crescita, con importanti modifiche della composizione corporea, della struttura psicologica e dei livelli cognitivi, modifiche collegate con la "tempesta ormonale" dell'adolescenza, la quale obbliga a considerare le differenze di genere, sin qui poco importanti. Dunque è necessario aumentare l'apporto alimentare, sforzandosi perché le abitudini alimentari siano corrette, tratto indispensabile per garantire ottimale stato di salute e sviluppo armonico e per accompagnare adeguatamente l'adolescente fino all'età adulta.



In sintesi

Quali buone abitudini promuovere?

- Consumare pasti cucinati a casa con la maggiore regolarità possibile
- Preferire la dieta mediterranea
- Fare sempre una prima colazione adeguata, con latte o yogurt, cereali e, se possibile, un frutto fresco
- Assicurare un adeguato apporto di proteine attraverso legumi e pesce (preferibile), carne, uova e formaggio (rispettando i suggerimenti della piramide alimentare)
- Considerare e promuovere il rispetto di piramidi alimentari corrette (piramide alimentare transculturale)
- Praticare sport regolarmente, evitando l'uso inutile di integratori, se non prescritti dal medico
- Seguire stili corretti di vita

Quali cattive abitudini scoraggiare?

- Limitare il consumo di pasti fuori casa
- Ricordare che l'alcol è proibito fino a 16 anni dalla legislazione italiana
- Non intraprendere diete dimagranti senza controllo medico
- Non intraprendere, senza controllo medico, terapie con farmaci che riducono l'appetito o fanno perdere peso, anche se sono "sostanze naturali".

Campanelli d'allarme

Se l'adolescente:

- vi confida di aver paura (o pensa) di essere sovrappeso od obeso o lo è davvero;
- ricorre spesso a eccessi alimentari con senso di perdita del controllo;
- ha segni/sintomi di depressione;
- ha scarsa autostima o scarsa considerazione di se stesso;
- alterna frequenti periodi di "abbuffate" a periodi di digiuno;
- fa uso di sostanze voluttuarie (alcool, energy drink, tabacco, droghe).

Mode alimentari e junk food

L'adolescenza è l'altro momento della vita, oltre quello fra 2 e 4 anni di età, in cui si verificano in modo profondo e improvviso cambiamenti delle abitudini alimentari. Tali cambiamenti sono parte integrante delle "guerre d'indipendenza" attuate in questa fascia di età e sono quindi transitorie.

Spesso, comportamenti reattivi non adeguati da parte dei genitori o degli adulti importanti nelle relazioni dell'adolescente provocano un'esasperazione di questi comportamenti. La specifica condizione adolescenziale (non "vede" i pericoli, contrasto con gli adulti, ostinazione nelle proprie decisioni), richiede particolare attenzione per individuare segni precoci di deviazione dai normali modelli alimentari verso stili particolari, spesso carenti in nutrienti importanti, ma molto "appealing" per le promesse di risultati straordinari in uno o più campi di vita fisica e psicosociale.

Queste diete, definite dagli anglosassoni *fad diets*, cioè diete capriccio, sono in netto contrasto con le raccomandazioni ufficiali di Linee Guida e Letteratura.

Esse hanno alcune caratteristiche generali in comune e cioè:

- promessa di risultati eclatanti (e spesso veloci);
- promesse impossibili, (troppo belle per essere vere);
- raccomandazioni o linee guida estrapolate sulla base di singoli studi o esperienze di singoli soggetti;

2.2 La transizione dell'adolescente sano

FUMO

Formazione monossido di carbonio
Il monossido di carbonio che si forma si lega saldamente all'emoglobina: ciò comporta un ridotto trasporto di ossigeno da parte degli eritrociti con evidente precoce affaticamento e riduzione dell'efficienza sia mentale sia fisica. Inoltre, provoca danni polmonari e cardiaci.

Numerose problematiche iniziano già nell'adolescenza e sono qui elencate.
Danni al sistema bronco-polmonare

- Bronchite acuta (già nei giovani)
- Bronchite cronica (già nei giovani). Si assiste a un abnorme allargamento degli alveoli con distruzione delle loro pareti
- Asma bronchiale (già nei giovani)
- Già dai primi anni vengono poste le condizioni per lo sviluppo del tumore polmonare
- Aumento infezioni

ALCOL

Fegato
La cascata di eventi è caratterizzata da steatosi, il 20-40% evolverà a steatoepatite e il 20% evolverà a cirrosi epatica.

Sistema vascolare
Iniziano i processi di aterosclerosi.

Asse fegato-sistema vascolare-cervello
In caso di fegato grasso (steatosico/steatoepatitico) si liberano sostanze proinfiammatorie (citochine) che danneggiano le pareti delle arterie e su-

COCAINA: VIE DI ASSUNZIONE E DANNI

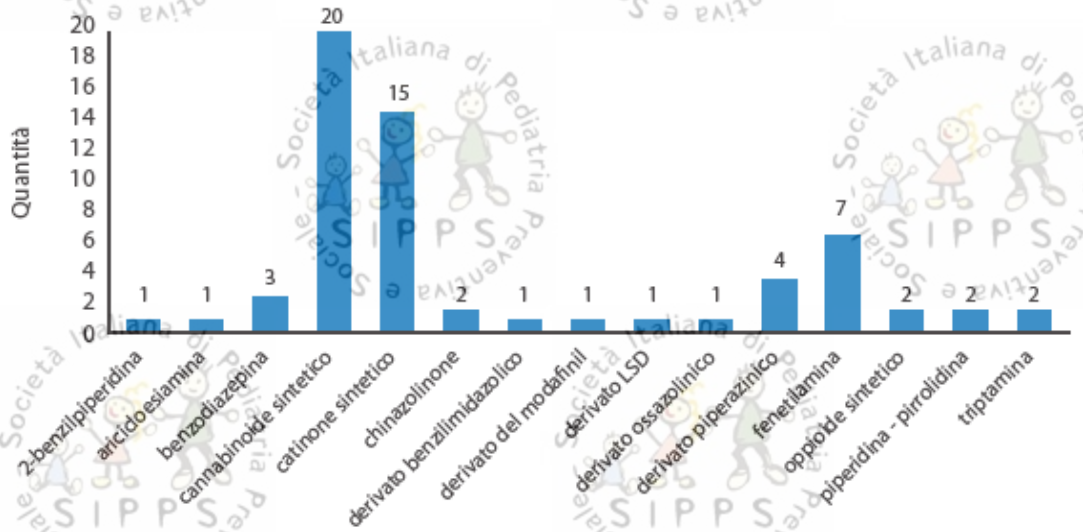
Via endonasale
Minore dipendenza
Soggetto sveglio, vitale e instancabile. Tachilalia.
Controllo cognitivo della corteccia orbito-frontale fortemente compromes-
so. Fenomeni allucinatori di tip

Fumo (crack)
Cocaina in cristalli che può es
inalati. Indispensabile ottenere

Principio attivo contenuto ne
centrazioni molto più basse n
Spiazza il rinforzante naturale
Pianta di marijuana: sessant
Princip
cannab
Hashish (pasta e olio): estratt
juana.
Concer

Hashish in pasta viene fumato
L'olio di hashish (ottenuto da un'ulteriore estrazione) può arrivare sino al 70% di principio attivo. Viene poi mescolato a cibi o bevande oppure utilizzato per umettare il bordo della sigaretta o della propria canna.

Le nuove sostanze psicoattive segnalate da diversi Paesi europei



Le "nuove" dipendenze: videogiochi, cellulari, internet

È oramai esperienza comune osservare preadolescenti e adolescenti impegnati a chattare, giocare con videogames e navigare su internet per tempi prolungati, a volte senza curarsi di ciò che succede intorno a loro. Tali attività sono diventate, infatti, tra i passatempi preferiti di moltissimi giovani e giovanissimi tra gli 8 e i 18 anni, tanto che il tempo settimanale trascorso solo a giocare con i videogame si attesta tra le 11 e le 20 ore circa settimanali, con stime simili per gli italiani rispetto al resto del mondo. Sebbene l'uso dei videogiochi e di internet venga vissuta come un'attività piacevole per la maggior parte dei giovani, tale modalità di impiegare il tempo può diventare eccessiva e ricorrente e associarsi a conseguenze negative sul piano comportamentale e cognitivo.

Check-list

1. Quanto tempo trascorri di solito davanti al pc, tablet o telefono durante la giornata?
   [**Nota**: attenzione se il tempo trascorso supera 1 ore ½ al giorno o le 10 ore settimanali circa]
2. Cosa fai prevalentemente con questi dispositivi? (ad esempio: giochi ai videogame o chatti sui social network, ecc)
3. A che genere di videogiochi ti piace giocare?
   [**Nota**: attenzione se si tratta di generi violenti/aggressivi]
4. Quando giochi lo fai in presenza di amici o da solo?
5. Ti sembra di passare sempre più tempo a pensare di giocare su internet o a precedenti attività di gioco on line o di anticipare la partecipazione a successive sessioni di gioco?
6. Ti senti irrequieto o irritato se ti viene impedito di giocare?
7. Ti capita di saltare o rimandare i compiti/attività normali per giocare con i videogame?
8. Negli ultimi mesi hai ridotto il tempo dedicato ai tuoi hobby/sport/divertimenti per dedicarti di più a giocare ai videogiochi/internet?
9. Ti è mai capitato di prendere un brutto voto a scuola per aver trascorso troppo tempo davanti al tablet/pc/telefono per giocare o chattare?
10. Ti è mai capitato di dire una bugia ai tuoi genitori sul tempo trascorso a giocare su internet/videogiochi?

I Bilanci di salute

- Per il pediatra [12-16 anni]
- Per il Medico di Medicina Generale [16-18 anni]

Cosa sono?

- Serie di interventi medici personalizzati, secondo un programma di visite periodiche finalizzate, che tengono conto, in maniera preminente, dei problemi propri o prevalenti dell'età in cui sono effettuati.

- Già attuati e validati nel Progetto Obiettivo Salute-Infanzia (0-6 anni).

Regione	Età del Bilancio di Salute		
	8 – 10 anni	10 – 12 anni	12 – 14 anni
Abruzzo	●	●	●
Basilicata	—	—	●
Calabria	—	●	●
Campania	●	—	●
Lazio	●	—	●
Liguria	●	—	●
Molise	—	●	—
Piemonte	—	—	●
Puglia	—	●	●
Sicilia*	●	●	—
Toscana	●	—	●
Veneto	—	●	●

*in questa regione è previsto un bilancio di salute a 18 anni da parte del MMG

I Bilanci di salute

- Per il pediatra [12-16 anni]
- Per il Medico di Medicina Generale [16-18 anni]

I BILANCI DI SALUTE

Note degli autori.
I Bilanci di salute di seguito riportati, per il PdF e per il MMG, non sono attualmente in uso, né sono stati validati ed approvati da Società scientifiche o Istituzioni. Costituiscono quindi solo degli esempi, o eventuali future proposte, di scheda informativa finalizzata alla transizione nell'ambito delle cure primarie. Il bilancio di salute per il pediatra può essere compilato entro i 14 anni, momento di passaggio per gli adolescenti sani al MMG, ma anche in età successive (14-16 anni), per gli affetti da patologia cronica che prolungano l'assistenza pediatrica fino a 16 anni. Le modalità esecutive non cambiano, ma si modificano le risposte degli adolescenti e variano alcuni parametri puberali in relazione alle diverse fasi della maturazione.

Per il pediatra [dal 12 al 16 anni]

BILANCIO DI SALUTE 12-14 anni e 14-16 anni

Data ..... Età anni ..... mesi .....

Anamnesi Familiare .....

Familiarità per
Celiachia ☐ NO ☐ SI (grado .....)
Dislipidemia ☐ NO ☐ SI (grado .....)
Ipertensione ☐ NO ☐ SI (grado .....)

Anamnesi Personale Remota .....

Ha subito interventi chirurgici? ☐ NO ☐ SI
Se sì perché? .....

Accessi al PS? ..... Perché? .....
Ricoveri? ..... Perché? .....
Ha eseguito esami ematochimici? ☐ NO ☐ SI
Perché? .....
Valori alterati .....
Allergia ☐ NO ☐ SI
Rinite allergica ☐ NO ☐ SI; Asma ☐ NO ☐ SI; Alimenti ☐ NO ☐ SI
A che età il menarca materno? .....
A che età lo spermiarca paterno? .....
Altro .....

Controllo situazione vaccinale
In regola con il Calendario Vaccinale ☐ NO ☐ SI
Quali vaccinazioni mancano? .....

I genitori sono in regola con le vaccinazioni ☐ NO ☐ SI
› Se NO, consigliare vaccinazioni secondo calendario vaccinale

DATI AUXOLOGICI
Peso kg ..... Altezza cm ..... BMI (Cole) .....
PA ..... / ..... ECG eseguito in data .....
esito .....

Età menarca
Cicli mestruali: Regolari: ☐ NO ☐ SI
durata (in giorni) .....
Dismenorrea ☐ NO ☐ SI
Spotting ☐ NO ☐ SI
Data ultimo ciclo .....
Età spermiarca .....

ESAME OBIETTIVO
(cfr. Appendice 3 Tab. 1, 2, 3)
Carie ☐ NO ☐ SI; Difetti dello smalto ☐ NO ☐ SI
Morso aperto/inverso ☐ NO ☐ SI
Respirazione orale ☐ NO ☐ SI
Familiarità per problemi visivi ☐ NO ☐ SI
quale? .....
Difetti visivi già rilevati ☐ NO ☐ SI
quale? .....
Vede bene da lontano? ☐ NO ☐ SI
Legge bene la lavagna? ☐ NO ☐ SI

APPARATO GENITALE (normale) ☐ NO ☐ SI
(cfr. Appendice 3 Tab. 4, 5, 6)
Presenza eventuali problematiche: .....

APPARATO SCHELETRICO (normale) ☐ NO ☐ SI
Familiarità per scoliosi ☐ NO ☐ SI
Segni di scoliosi ☐ NO ☐ SI
Petto carenato/incavato ☐ NO ☐ SI
ACNE ☐ NO ☐ SI
VALUTAZIONE TIROIDE
Gozzo ☐ NO ☐ SI
ETÀ OSSEA (Rx polso e mano sinistra) solo se presenta problemi di accrescimento:
Sintesi esame obiettivo: .....

VALUTAZIONE ABITUDINI E COMPORTAMENTI
In una giornata tipo:
Guarda la TV? ☐ NO ☐ SI; per (indicare il numero di ore): .....
Utilizza il computer? ☐ NO ☐ SI; per (indicare il numero di ore): .....
Si collega a Internet? ☐ NO ☐ SI; per (indicare il numero di ore): .....
Gioca ai videogame? ☐ NO ☐ SI; per (indicare il numero di ore): .....
Quanto dorme? ..... A che ora va a letto? .....
Spegne il cellulare ☐ NO ☐ SI
Ha il PC in camera? ☐ NO ☐ SI
Usa il tablet/console prima di addormentarsi? ☐ NO ☐ SI
Usa la cintura di sicurezza se vai in macchina? ☐ NO ☐ SI
Il casco se va in bicicletta o lo portano in scooter? ☐ NO ☐ SI
Gli/le piace andare a scuola? ☐ NO ☐ SI
Com'era l'ultima pagella? ..... Voto in condotta .....
Ha difficoltà nella lettura? ☐ NO ☐ SI
Ha difficoltà nella scrittura? ☐ NO ☐ SI
Ha avuto mai problemi con la polizia, la legge? ☐ NO ☐ SI
SPORT
Quale? .....
Quante ore a settimana? ..... ☐ Nessuno
ALIMENTAZIONE Descrivere una sua "giornata tipo":
Colazione .....
Spuntino .....
Pranzo .....
Merende .....
Cena .....

Quante porzioni/giorno di frutta e verdura? ☐ <3 ☐ 3-5 ☐ >5
Cosa beve a tavola? ☐ Acqua ☐ Bibite gasate ☐ Vino ☐ Birra
Mangia spesso fuori con gli amici? ☐ NO ☐ SI
Cosa mangia più frequentemente come snack? .....

Cosa beve più frequentemente fuori pasto? .....

EDUCAZIONE ALLA SALUTE
› Alimentazione: consigli sul mangiare bene e igiene dentale (controlli periodici, pulizia denti)
› Igiene fisica: sport, peso adeguato, sonno sufficiente, fumo, alcoolici, droghe, prevenzione dell'esposizione al sole
› Prevenzione incidenti in auto o moto, uso casco, evitare alcoolici
› Prevenzione - educazione sessuale, specie se adolescenti sessualmente attivi
› Insegnare l'autopalpazione dei seni e dei testicoli

VALUTAZIONE SINTOMI PREMONITORI
Disturbi Comportamento Alimentare. *Questionario Appendice 3 Tab. 7*

Relazioni *(famiglia, amici, comportamento, sentimenti). Questionario Appendice 3 Tab. 8*

PROSSIMO APPUNTAMENTO .....

NOTE .....

APPENDICI AL TESTO

APPENDICE 3

› **Tabelle Bilanci di salute**

- Tabella 1. Bilanci di salute nell'adolescente - schema esecutivo
- Tabella 2. Valutazione medica nei bilanci di salute dell'adolescente
- Tabella 3. Valutazione psico-socio-comportamentale nei bilanci di salute - HEADSS
- Tabella 4. Sviluppo puberale
- Tabella 5. Valutazione andrologica nei Bilanci di salute dell'adolescente (Allegati A, B, C)
- Tabella 6. Valutazione ginecologica pediatrica nei Bilanci di salute 12-14 anni e 14-16 anni
- Tabella 7. Domande per screening disturbi del comportamento alimentare
- Tabella 8. Questionario di valutazione psicocomportamentale

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

CAPITOLO 2: LA TRANSIZIONE

2.2 La transizione dell'adolescente sano

I Bilanci di salute

- Per il pediatra [12-16 anni]
- Per il Medico di Medicina Generale [16-18 anni]

GUIDA PRATICA - *Adolescenza e Transizione*

Per il Medico di Medicina Generale [16-18 anni]

BILANCIO DI SALUTE 16-18 ANNI

Data ..... Età anni ..... mesi .....

Anamnesi Familiare

.....

.....

.....

.....

Anamnesi Personale Remota

.....

.....

.....

.....

Familiarità per

Celiachia ☐ NO ☐ SI (grado .....)

Dislipidemia ☐ NO ☐ SI (grado .....)

Ipertensione ☐ NO ☐ SI (grado .....)

Ha subito interventi chirurgici? ☐ NO ☐ SI

Se sì perché? .....

.....

Accessi al PS? ☐ NO ☐ SI

Ha eseguito esami ematochimici? ☐ NO ☐ SI

Perché? .....

Valori alterati .....

Allergia ☐ NO ☐ SI

Rinite allergica ☐ NO ☐ SI; Asma ☐ NO ☐ SI; Alimenti ☐ NO ☐ SI

Altro .....

Controllo situazione vaccinale

In regola con il Calendario Vaccinale ☐ NO ☐ SI

Quali vaccinazioni mancano? .....

.....

.....

I genitori sono in regola con le vaccinazioni ☐ NO ☐ SI

› Se NO, consigliare vaccinazioni secondo calendario vaccinale

CAPITOLO 2 - LA TRANSIZIONE DELL'ADOLESCENTE SANO

DATI AUXOLOGICI

Peso kg ..... Altezza cm ..... BMI (Cole) .....

PA ..... / ..... ECG eseguito in data .....

esito .....

Età menarca .....

ESAME OBIETTIVO

(cfr. Appendice 3 Tab. 1, 2, 3)

Carie ☐ NO ☐ SI; Difetti dello smalto ☐ NO ☐ SI

Morso aperto/inverso ☐ NO ☐ SI

Respirazione orale ☐ NO ☐ SI

Familiarità per problemi visivi ☐ NO ☐ SI

se sì, quale? .....

Difetti visivi già rilevati ☐ NO ☐ SI

se sì, quale? .....

Vede bene da lontano? ☐ NO ☐ SI

Legge bene la lavagna? ☐ NO ☐ SI

APPARATO GENITALE (normale) ☐ NO ☐ SI

(cfr. Appendice 3 Tab. 4, 5, 6)

Volume testicoli (ml) .....

Segni di varicocele ☐ NO ☐ SI

Aderenze prepuziali ☐ NO ☐ SI

Ciclo mestruale regolare ☐ NO ☐ SI

APPARATO SCHELETRICO (normale) ☐ NO ☐ SI

Familiarità per scoliosi ☐ NO ☐ SI

Segni di scoliosi ☐ NO ☐ SI

Petto carenato/incavato ☐ NO ☐ SI

ACNE ☐ NO ☐ SI

Descrizione esame obiettivo: .....

.....

APPENDICI AL TESTO

APPENDICE 3

› Tabelle Bilanci di salute

- Tabella 1. Bilanci di salute nell'adolescente - schema esecutivo
- Tabella 2. Valutazione medica nei bilanci di salute dell'adolescente
- Tabella 3. Valutazione psico-socio-comportamentale nei bilanci di salute - HEADSS
- Tabella 4. Sviluppo puberale
- Tabella 5. Valutazione andrologica nei Bilanci di salute dell'adolescente (Allegati A, B, C)
- Tabella 6. Valutazione ginecologica pediatrica nei Bilanci di salute 12-14 anni e 14-16 anni
- Tabella 7. Domande per screening disturbi del comportamento alimentare
- Tabella 8. Questionario di valutazione psicocomportamentale

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In base a quanto osservato possiamo sottolineare le seguenti considerazioni riassuntive:

- gli adolescenti rappresentano una parte importante della popolazione pediatrica;
- hanno specifiche problematiche di salute, a livello sia organico sia psico-comportamentale;
- hanno necessità di una specifica assistenza, tenendo anche conto che la maggioranza delle loro problematiche è suscettibile di prevenzione;
- il pediatra, per le sue conoscenze e competenze, è la figura professionale di riferimento nella gestione dell'adolescente;
- l'assistenza agli adolescenti deve essere migliorata, soprattutto sul piano organizzativo, a livello sia territoriale sia ospedaliero. Particolare attenzione deve essere oggi dedicata alla transizione dell'adolescente con malattia cronica;
- la formazione del pediatra in adolescentologia deve essere implementata, a livello sia della Scuola di Specializzazione, sia come educazione continua in medicina.

Supervisione:
Giuseppe Di Mauro, Renato Cutrera, Michele Fiore, Luigi Greco, Giuseppe Saggese

Coordinamento capitoli:
Michele Fiore, Adima Lamborghini, Valter Spanevello, Leo Venturelli, Maria Carmen Verga