

Incontrare gli adolescenti e le loro famiglie nei nostri ambulatori



Miriana Callegari, Claudia Grossi, Franco Mazzini, Nicoletta Modena, Debora Senni, Maria Luisa Zuccolo

Gruppo Adolescenza ACP

Per il pediatra di libera scelta incontrare l'adolescente nel proprio studio rappresenta una vera e propria sfida: entrambi si trovano nella necessità di costruire un rapporto diverso, più maturo, in grado di favorire una graduale responsabilizzazione nella percezione e gestione della salute. L'obiettivo di questo articolo è quello di fornire al pediatra alcune utili informazioni per incontrare l'adolescente in modo adeguato e condurre una buona visita, focalizzando l'attenzione sulla comunicazione, sul setting ambulatoriale, sull'esame obiettivo e sul colloquio. In modo particolare ci proponiamo di fornire alcuni suggerimenti su come gestire il colloquio, offrendo la possibilità di momenti riservati e dedicando un'attenzione specifica alla storia psicosociale dell'adolescente.

For a family paediatrician meeting an adolescent in an outpatient setting can be a real challenge: both are in the need to build a different and mature relationship that can foster a gradual empowerment in perception and health management. Aim of this paper is to give family paediatrician useful information to meet the adolescent properly focusing on communication skills, outpatient setting, objective examination and interview. Tips are suggested on how to handle the interview, offering the possibility of private moments and paying special attention to the psycho-social history of the teenager.

La salute dell'adolescente, intesa come benessere psicofisico, è il risultato dell'interazione di eventi che accadono durante tutto lo sviluppo, ma in particolar modo nei primi anni di vita e nel periodo prepuberale. Per questo occorre dedicare attenzione sia al periodo infantile, quando si stabiliscono le prime relazioni significative e determinanti per la qualità delle relazioni successive, sia a quello adolescenziale, quando invece è l'ambiente esterno ad assumere maggiore rilievo. Sono queste le fasi in cui, dati delle neuroscienze alla mano, si vengono a definire e strutturare i più importanti cambiamenti sia biologici che psico-relazionali dell'età evolutiva [1]. Gli adolescenti vivono grandi trasformazioni interne che si intrecciano con la storia personale e familiare e che condizionano il processo di costruzione del proprio modo di stare nel mondo tra sollecitazioni e frustrazioni, regressioni e anticipazioni, avvicinamenti e fughe, disadattamenti e sintonie [2].

Da sempre l'attenzione dei pediatri si è concentrata sul primo periodo della vita, i primi mille giorni, e nel tempo, acquisite le opportune conoscenze, il pediatra ha individuato strategie utili a favorire il processo di attaccamento tra madre e bambino.

Meno attenzione viene rivolta invece al periodo adolescenziale; ciò ha suscitato particolare interesse alle Nazioni Unite che in un recente documento [3], commentato dal *Lancet* nel 2015 [4] e ripreso

anche da G. Biasini su *Quaderni acp* [5], identifica come prioritario iniziare a occuparsi concretamente dell'adolescente nella sua globalità e non solo quando presenta dei problemi (gravidanze, contraccezione nelle ragazze, alcol, tabacco, dipendenza da gioco e droghe per entrambi i sessi). Per predisporre adeguate politiche di salute e benessere per gli adolescenti, è indispensabile comprendere come il loro cervello abbia modalità di funzionamento particolari, ricordare che le loro decisioni dipendono molto dall'influenza degli amici e dalle circostanze e che la capacità di valutare le conseguenze future delle proprie azioni è ancora incompleta.

Appare evidente come particolarmente in questa età, la *prossimità* delle figure di riferimento sia determinante.

Fondamentale è anche modificare l'approccio che il pediatra deve tenere quando si trova a valutare l'adolescente. Con cordialità il pediatra dovrebbe creare un setting di accoglienza particolare che incoraggi l'adolescente a esprimere i propri bisogni. L'attenzione e il riconoscimento delle competenze personali sullo stato di salute favoriscono la collaborazione e la predisposizione dell'adolescente ad accogliere e a utilizzare le informazioni ricevute.

Con questo articolo ci proponiamo di fornire al pediatra di famiglia indicazioni utili per poter incontrare in modo adeguato l'adolescente e condurre, in occasione del

bilancio di salute, una buona visita focalizzando l'attenzione su comunicazione, setting ambulatoriale, colloquio ed esame obiettivo.

Il setting ambulatoriale e la comunicazione

È opportuno incontrare l'adolescente fissando appuntamenti in fasce orarie dedicate, evitando attese in compagnia di latitanti e bambini rumorosi. Inoltre, in mancanza di una sala d'attesa separata, sarebbe auspicabile allestire in maniera più consona a questa fascia di età parte della sala d'attesa comune, prevedendo materiale educativo, poster e arredi adeguati.

Il modo di interagire con l'adolescente influenza notevolmente i contenuti e la qualità della visita.

Alcuni aspetti comunicativi sono particolarmente rilevanti [6]:

- Rapportarsi direttamente con l'adolescente accogliendo gentilmente lui e i genitori/e.
- Stimolare il ragazzo/a al dialogo, parlando in modo semplice, chiaro, coinvolgente, utilizzando gli indispensabili vocaboli tecnici spiegati nel loro significato e nella loro pertinenza alla visita. Spesso l'adolescente ha difficoltà a esprimere le proprie emozioni e il suo vocabolario può essere limitato: l'adolescente possiede mediamente la metà del vocabolario di un adulto di 25-32 anni.
- Rivolgersi a lui con voce calma, rassicurante, mantenendo il contatto visivo, pur senza escludere i genitori/e presenti/e.

È importante cogliere i diversi atteggiamenti che questi ragazzi e i loro familiari esprimono nel nostro ambulatorio: vi sono adolescenti, o genitori, che occupano lo spazio mostrando disagio, altri che trasmettono anche con il corpo padronanza e soddisfazione, altri che tendono a ritrarsi e a rattrappirsi, altri che cercano di accorciare o di annullare le distanze. Il volume e il tono della voce, la velocità dell'eloquio, il contatto oculare, la mimica facciale, la postura, la gestualità e il modo di occupare lo spazio dell'ambulatorio costituiscono

l'integrazione non verbale dei messaggi espressi verbalmente [7].

La visita

Nell'approccio clinico è doveroso tenere presente che abbiamo di fronte una persona che sta attraversando rapidi cambiamenti sul piano fisico, emotivo e cognitivo, che possono comportare sentimenti di preoccupazione e dubbio rispetto a se stessi e senso di pudore verso gli altri.

L'anticipazione verbale di ciò che verrà esaminato aiuta a ridurre il livello d'ansia correlato all'atto di spogliarsi, di essere toccato e alla preoccupazione complessiva sugli esiti della visita. Pertanto l'esame clinico si carica di importanti significati di conferma e di rassicurazione nei confronti dei cambiamenti del corpo e del modo di percepirla.

Particolare attenzione e delicatezza richiederà la valutazione puberale: può essere utile rimandarla al termine dell'esame clinico, esplicitare al ragazzo il perché sia importante effettuarla, introdurla con domande su eventuali dubbi del ragazzo/a (*"come vanno le mestruazioni?... ti preoccupa qualcosa sulla tua crescita... raccontami come è cambiato il tuo aspetto in questo ultimo periodo..."*) o mostrando e descrivendo le immagini che riproducono gli stadi di Tanner. Si può anche decidere di evitare questa valutazione qualora non emergano domande o richieste specifiche o in contesti di particolare disagio emotivo.

Durante la visita è indispensabile la presenza di un adulto accompagnatore, scoraggiando la molteplicità di figure familiari e professionali spettatrici. Per rispettare il probabile imbarazzo del genitore e l'intimità dell'adolescente, in un'ottica protettiva per tutti i presenti, si possono predisporre alcune configurazioni facilitanti: nel caso di differenza di sesso fra adolescente e genitore ci si preoccuperà di frapporti tra di loro durante la valutazione puberale, in modo da tutelare la privacy del ragazzo o della ragazza; se invece vi è identità di genere tra accompagnatore e adolescente, potrebbe essere opportuno chiamare al proprio fianco l'adulto presente per favorire un maggior senso di protezione.

L'esame obiettivo

I bilanci dell'undicesimo e quattordicesimo anno sono occasione di incontro con l'adolescente per una valutazione clinica generale con lo scopo di confermare la sana crescita del ragazzo/a e, eventualmente, rilevare aspetti patologici la cui individuazione precoce può consentire di influenzarne l'evoluzione [8].

Durante l'esame obiettivo che dovrà esplorare i vari aspetti clinici (auxologico, pres-

sione arteriosa, valutazione tiroidea, della colonna vertebrale, funzionalità oculare, valutazione puberale ecc.) è bene esplicitare chiaramente i contenuti della nostra osservazione e rispondere a eventuali interrogativi proposti.

Il colloquio

Al pediatra di famiglia non vengono richieste le abilità necessarie a condurre un *colloquio motivazionale*; tuttavia è fondamentale sapere che la storia psicosociale dell'adolescente è almeno tanto importante quanto l'esame clinico ed equivale alla valutazione neuroevolutiva nel bambino più piccolo [7]. Nel corso della visita, parlando con lui e i suoi familiari, si possono formulare alcune domande per introdurre alcuni temi rilevanti per la salute e il benessere della persona.

Al fine di facilitare il pediatra a ottimizzare il colloquio, sono stati messi a punto alcuni strumenti utilizzabili anche da parte di chi non possiede particolari competenze specialistiche [9].

Per esempio, la scala HEEADSSS – acronimo di Home environment, Education and employment, Eating, peer-related Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence – può essere un utile strumento per raccogliere informazioni sulla storia psicosociale dell'adolescente e trarre spunti per indirizzare il colloquio su eventuali aspetti critici dello sviluppo (**Box 1**).

Dopo aver accolto l'adolescente è utile chiedere la motivazione della consulenza, chi l'ha decisa e informarlo rispetto alle modalità di approccio e all'obiettivo della visita (per esempio un bilancio di salute per valutare lo sviluppo fisico). Inoltre fin da subito si potrà proporre un momento di colloquio individuale alla fine dell'incontro, chiarendo che il contenuto del colloquio rimarrà strettamente confidenziale.

È opportuno iniziare il colloquio con domande poco intrusive, esplorando la situazione familiare, scolastica, il tempo libero, per poi passare a quelle più personali riguardanti lo stato dell'umore o il rapporto con l'altro sesso. Evitare di fare domande vaghe del tipo: "come va a scuola?" il paziente risponderà semplicemente "bene" e saremo costretti a porre altre domande. Meglio invece porre domande aperte del tipo "raccontami della scuola, cosa ti piace o non ti piace?"

Parlare del comportamento degli amici può essere un modo facile per far parlare di sé o per introdurre argomenti (es. comportamenti a rischio, uso di sostanze).

Il colloquio dovrà essere condotto senza costringere a conclusioni o fini predefiniti. Se viene chiesto un parere, questo dovrà

essere espresso cercando di evitare atteggiamenti di complicità verso il genitore o l'adolescente, prestando attenzione a non essere strumentalizzati da parte degli stessi. È da evitare un atteggiamento di eccessiva 'investigazione', moralizzante, su aspetti particolarmente delicati e privati. L'affrontare temi come la sessualità, i comportamenti a rischio (devianza sociale, vecchie e nuove dipendenze), richiede molta attenzione, competenza e delicatezza per evitare di apparire inopportuni o giudicanti.

L'incontro individuale finale offre l'opportunità per eventuali comunicazioni personali e rappresenta un'occasione simbolica di responsabilizzazione e di individuazione dal genitore. Può essere proposto al termine di qualsiasi consultazione con l'adolescente, non solo al bilancio salute e presentato come una prassi offerta a ogni visita.

L'obiettivo è favorire non solo domande/preoccupazioni sulla propria salute legate alla visita appena effettuata, ma anche comunicazioni su alcuni comportamenti o abitudini del ragazzo o della ragazza. Permette infine di esplorare alcuni aspetti della scala HEEADSSS non affrontati nelle visite precedenti.

Offrire la possibilità di trascorrere anche pochi minuti senza i genitori consente di dare una voce all'adolescente e costituisce un momento importante nella transizione del giovane verso l'età adulta aiutandolo ad abituarsi a consultare un medico da solo. Informare sempre la famiglia della natura routinaria di questa prassi potrà essere utile nel fugare inutili sospetti.

Nel corso del colloquio potrebbe accadere che l'adolescente riferisca di comportamenti che determinano un rischio significativo per la sua salute (uso di stupefacenti, appartenenza a gruppi devianti, progetti o condotte autolesive, abuso di alcolici); il pediatra saprà parlarne successivamente con i genitori, dopo averne discusso con l'adolescente. L'eventuale dissenso di quest'ultimo non può limitare la responsabilità professionale di tutela dello stato di salute della persona, seriamente minacciato dal comportamento a rischio che ci è stato comunicato e che richiede il coinvolgimento della famiglia.

Al termine dell'incontro il pediatra potrà riassumere in chiave positiva e in modo chiaro e comprensibile le risorse individuali dell'adolescente e i suggerimenti che riterrà opportuno proporre.

In occasione dell'ultimo bilancio di salute è opportuno informare del cambio di assistenza, promuovendo positivamente il rapporto con il medico che succederà e garantendo la disponibilità in caso di eventuali necessità future.

BOX 1. Scala HEEADSSS

La scala HEEADSSS (Home environment, Education and employment, Eating, peer-related Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence) è un metodo efficace di intervista centrato sull'adolescente [9]. Permette di esplorare l'ambiente domestico, l'istruzione e l'occupazione, l'alimentazione, l'interazione tra pari, la droga, la sessualità, il suicidio/depressione, la sicurezza (lesioni personali e violenza).

La prima edizione della scala di valutazione HEEADSS (con due S) fu sviluppata nel 1972 da Henry Berman, progettata per essere ragionevolmente rapida. Successivamente l'acronimo è stato esteso a HEEADSSS, includendo anche Safety.

Se l'adolescente è visto regolarmente dal pediatra, questi può scegliere di somministrarla poco per volta, esplorando le varie aree singolarmente. Qualche esempio di domande:

- **Ambiente domestico**

Hai la tua stanza? Con chi ti senti più a tuo agio in casa?
Con chi puoi parlare in casa? C'è qualche persona nuova che è entrata a far parte della famiglia?

- **Ambiente scolastico**

Quali sono le tue materie preferite? Quali le tue materie meno preferite?
Ci sono stati cambiamenti recentemente nei tuoi voti?
Raccontami dei tuoi amici di scuola. Sei mai stato sospeso?
Ci sono adulti a scuola con cui ti senti di poter parlare riguardo a cose importanti?

- **Alimentazione**

Mi racconti cosa mangi durante la giornata?
C'è una parte del tuo corpo che ti piace in modo particolare? E quello che non ti piace o che ti crea disagio?
Hai notato dei cambiamenti del tuo peso recentemente?
Hai fatto qualcosa per cercare di modificare il tuo peso?
Fai attività fisica? Quante ore al giorno o alla settimana?
Come deve essere secondo te una dieta sana?
Confrontala con la tua dieta attuale

- **Attività extrascolastiche**

Cosa fate tu e i tuoi amici per divertirvi?
Che cosa fate tu e la tua famiglia per divertirvi?
Pratichi qualche sport o partecipi ad altre attività?
Frequenti regolarmente gruppi parrocchiali, club o altre attività?

Quanto tempo passi alla settimana davanti alla TV? E al PC e videogiochi?
Quale musica ti piace ascoltare?

- **Droghe e alcol**

Ora ti faccio alcune domande più personali.
Qualcuno dei tuoi amici fuma o beve alcolici o fa uso di droga?
Qualcuno della tua famiglia fuma oppure beve alcolici o fa uso di droga?

- **Sonno**

Come dormi? Quanto ci impieghi ad addormentarti? ti svegli durante la notte? Di giorno hai sonno?

- **Suicidio e depressione**

Come definiresti il tuo stato d'animo?
Ti senti triste o più giù del solito? Piangi più del solito?
Sei "annoiato"? Hai pensato di fare del male a te stesso o agli altri?
Hai mai provato a farti del male (tagliandoti per esempio) per calmarti o per sentirti meglio?

- **Sicurezza**

Sei mai stato ferito seriamente?
(Come?) Conosci qualcuno che si è ferito seriamente?
Indossi sempre la cintura di sicurezza in auto?
Hai mai viaggiato con un autista ubriaco o che ha bevuto?
Usi le attrezzature di sicurezza per lo sport e le altre attività fisiche (per esempio caschi per la bicicletta)?
Ci sono stati episodi di violenza a casa tua?
Ci sono comportamenti violenti presso la tua scuola o nel tuo quartiere o tra i tuoi amici?

Sei mai stato vittima di violenza fisica o sessuale?

Sei mai stato vittima di incidente automobilistico o motociclistico?

Sei mai stato vittima di bullismo? Se sì, è ancora un problema per te?

Hai partecipato a conflitti fisici a scuola o nel tuo quartiere?

- **Sessualità**

Sei mai stato innamorato/a?
Mi vuoi parlare delle persone di cui sei innamorato/a?
Mi vuoi parlare della tua vita sessuale?
Hai mai avuto rapporti sessuali?
Cosa significa per te il termine "sesso più sicuro"?
Sei mai stato costretto o pressato a fare qualcosa di sessuale che tu non volevi fare?
Sei mai rimasta incinta o sei mai stata preoccupata di esserlo?
Hai mai avuto o pensato di avere una malattia sessualmente trasmessa?

Messaggi chiave dell'approccio centrato sull'adolescente

• **Setting**

- Fasce orarie dedicate
- Arredi adeguati

• **Accoglienza**

- Rapportarsi direttamente all'adolescente
- Anticipazione verbale sulle modalità della visita

• **Visita**

- Presenza di un adulto accompagnatore
- Rimandare alla fine della visita la valutazione puberale, esplicitare il motivo di tale valutazione
- Configurazioni facilitanti in base al sesso dell'accompagnatore

• **Colloquio o anamnesi psico-sociale**

- Utilizzare una scala adeguata (HEEADSSS)
- Offrire routinariamente lo spazio per un colloquio individuale

✉ mlzuccolo@gmail.com

1. Mazzini F, Senni D. Si è bambini prima di essere adolescenti. *Quaderni acp* 2013;20:16-20.

2. Dolto F. *Adolescenza. Esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra i 10 e i 16 anni.* Mondadori, 1990.

3. United Nations. *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): survive, thrive, transform.* Sep 2015.

4. Editoriale. *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030).* *Lancet* 2015;386:2227.

5. Biasini G. Il cervello dell'adolescente fra ragione ed emozione. *Quaderni acp* 2016;23:24-5.

6. Brera GR. *Counseling e metodo clinico nell'adolescenza.* In: *Atti del convegno "La consultazione con gli adolescenti: filosofia, metodo, ricerca e servizi nel territorio"*, 2003.

7. White B, Viner R. *Improving communication with adolescent.* *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012;97:93-7.

8. Iaia M, Mazzini F, Rossi O. In: *Curarsi dell'adolescente. Il bilancio di salute ed il colloquio.* SEE, 2003.

9. Goldenring J, Rosen D. *Getting into adolescent heads: an essential update.* *Contemp Ped* 2005;21:64-90.