

# Parlare con l'adolescente in ambulatorio

CRISTINA MILOCCO, MAURO POCECCO

Unità Operativa di Pediatria e Patologia Neonatale, Cesena

*In Italia il rapporto pediatra-adolescente o medico-adolescente è ancora in via di costruzione. Negli Stati Uniti è ancora insoddisfacente: i medici non risultano all'altezza dei bisogni degli adolescenti. Un'indagine della letteratura consente di dare dei consigli operativi sul "saper fare" e forse quasi anche sul "saper essere".*

**D**a una recente intervista condotta su 70.000 adolescenti negli Stati Uniti emerge la seguente opinione prevalente<sup>1</sup>:

- che i medici non sono considerati aperti alle richieste degli adolescenti;
- che i medici non si interessano abbastanza delle opinioni degli adolescenti;
- che i medici non danno sufficienti informazioni sullo stile di vita.

Uno scollamento fra le richieste degli adolescenti e le offerte del Servizio Sanitario emerge anche da una indagine condotta qualche anno fa dal nostro gruppo, attraverso un questionario distribuito ai ragazzi delle scuole medie superiori e l'analisi delle cartelle cliniche ambulatoriali riguardanti tutte le visite eseguite in un anno ad adolescenti presso l'Istituto per l'Infanzia di Trieste (vedi *Medico e Bambino* 3, 57, 1982). In estrema sintesi questi dati indicavano come i medici non sappiano dare sufficienti risposte e nemmeno sappiano individuare con puntualità quali siano i reali problemi degli adolescenti, e cioè problemi più spesso di natura psicosociale, di rapporto e di comunicazione.

Alcune indicazioni per il pediatra di famiglia, che si troverà entro breve in posizione strategica per cogliere queste opportunità se l'età pediatrica sarà estesa ai 18 anni, ci vengono dalla letteratura recente sull'argomento<sup>24</sup>.

Le capacità comunicative del medico correlano in maniera chiara con la soddisfazione del paziente (e dell'adolescente in particolare), e la soddisfazione a sua volta correla con l'aderenza alle prescrizioni e con l'esplicitazione dei problemi psicosociali.

In un recente lavoro<sup>3</sup> si dimostra come lo stile dell'intervista del pediatra

correli con la disponibilità della madre a parlare dei problemi psicosociali del proprio figlio adolescente. Questa valutazione ha il supporto di un sistema validato di videotape, con il quale viene ripresa la visita del pediatra e vengono annotate le domande. Con questo metodo si misura quante domande vengono fatte su problemi psicosociali, quante volte il medico fa delle affermazioni di rassicurazione e di supporto al paziente, quante volte il pediatra ha un atteggiamento empatico, e qual è il grado di attenzione del pediatra nell'ascoltare l'adolescente. In sostanza è un modo per valutare in maniera oggettiva la capacità comunicativa del medico nei confronti dell'adolescente.

I risultati sono molto chiari e molto netti. Si può dire che quanto più il medico sarà bravo a comunicare tanto più le mamme degli adolescenti ci racconteranno dei comportamenti aggressivi, dei loro problemi familiari, di punizioni ai loro figli, di problemi di incapacità parentale. In sostanza le madri ci racconteranno quelle cose che normalmente esitano a rivelare, e che rappresentano invece i veri problemi degli adolescenti.

Le capacità comunicative influenzano anche altre aree del rapporto medico-paziente, come ad esempio quello medicolegale. Levinson e collaboratori<sup>4</sup> si sono chiesti quali fossero i motivi per cui certi medici venivano citati in giudizio più di altri, e con sorpresa hanno verificato che il più delle volte non era una questione tecnica o di "sbagli", ma si trattava piuttosto di problemi di comunicazione. Gli autori hanno anche valutato il comportamento in ambulatorio dei medici nei confronti del paziente, sempre con l'ausilio del videotape, misurando le

domande e suddividendole in domande di contenuto, di processo di orientamento e di coinvolgimento affettivo. Hanno potuto così dimostrare come anche il rischio di essere citati in giudizio fosse strettamente correlato all'atteggiamento comunicativo del medico. Ne esce così ancora più rafforzata la necessità di migliorare le capacità comunicative del medico con il paziente.

Il colloquio (specie quello con l'adolescente) deve rispettare determinate regole se vuole avere probabilità di successo terapeutico<sup>5</sup>:

- il medico deve essere capace di determinare la natura dei problemi di salute dell'adolescente, richiedendo informazioni biomediche ma soprattutto indagando su eventuali problemi psicosociali, molto più spesso sottesi ai problemi medici portati in ambulatorio;
- il medico deve imparare a sviluppare e mantenere una relazione terapeutica definendo apertamente la natura e lo scopo della relazione medico-paziente, esplicitando la propria capacità professionale, comunicando interesse, rispetto, appoggio ed empatia; imparando a scoprire il punto di vista dell'adolescente e infine riconoscendo e abbattendo eventuali barriere alla comunicazione;
- eventuali barriere possono essere riconosciute quando nel racconto dell'adolescente vi sono delle incongruenze, quando si instaura una inaspettata resistenza a procedere nel colloquio o ad eludere certe domande, quando compaiono delle dissociazioni fra comunicazione verbale e non verbale; vanno infine riconosciute e rimosse anche quelle eventuali barriere che si fossero instaurate per imbarazzo o disagio del medico stesso;

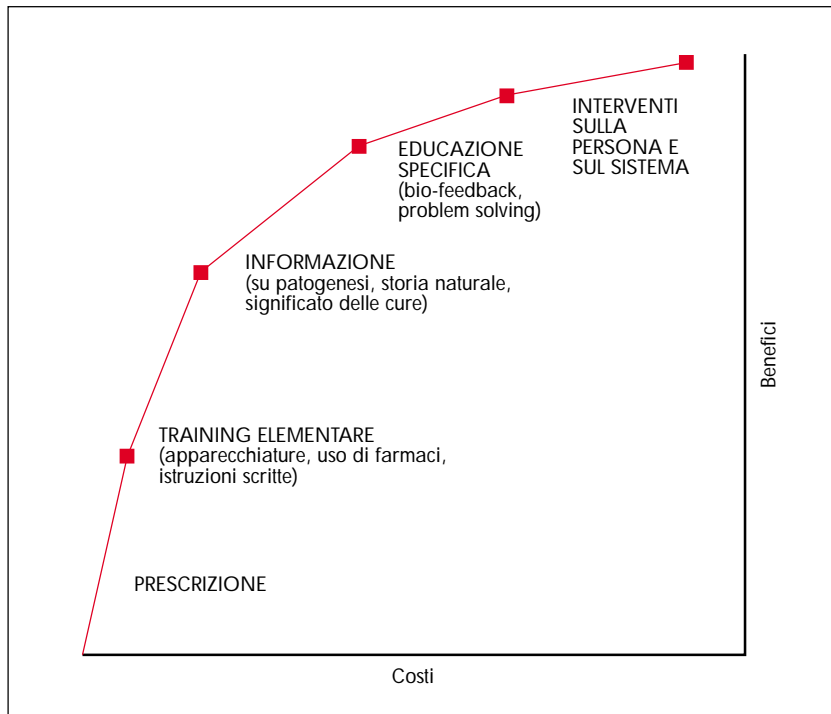


Figura 1. Rappresentazione schematica del costo progressivo della comunicazione in rapporto ai benefici. Anche la comunicazione ha a che fare con il costo.

□ il medico, da ultimo, deve acquisire la capacità di educare e soprattutto motivare l'adolescente.

La situazione nella quale il medico avrà più spesso probabilità di doversi cimentare è quella di dover educare al così detto "self-management" un adolescente con malattia cronica. Il medico dovrà quindi acquisire capacità cognitive sul trattamento di base della malattia che si trova a dover fronteggiare (1:100 adolescenti ha l'asma cronico, 1:1000 il diabete insulino-dipendente, 1:2000 l'artrite reumatoide, 1:3000 la paralisi infantile, 1:3000 la fibrosi cistica, 1:1000 l'esito di un tumore e 1:5000 la vescica neu-

rologica), dovrà acquisire delle competenze pedagogiche, e soprattutto dovrà acquisire delle competenze sulle strategie di modifica del comportamento dell'adolescente.

L'interazione educativa medico-paziente è cruciale ai fini di un buon risultato terapeutico. Il medico non dovrà accontentarsi di richiedere i dati di conoscenza di base circa la cura della malattia, ma dovrà cimentarsi in una diagnosi comportamentale, e cioè capire perché certe cose non vengono fatte o perché l'adolescente assuma certi comportamenti in certe situazioni. Successivamente non dovrà limitarsi ad educare il

giovane adolescente nelle pratiche di cura diretta della malattia di base ma dovrà occuparsi degli aspetti attitudinali e relazionali, che molto spesso condizionano le cure primarie. Il passo successivo sarà quello di indurre a motivare l'adolescente al cambiamento. Ogni atto dovrà poi essere seguito dalla verifica di quanto si è fatto e ottenuto. La metodologia della programmazione dell'intervento educativo prevede la definizione degli obiettivi (conoscenze, comportamenti e atteggiamenti a lungo, medio e breve termine). Successivamente sarà preparato il programma vero e proprio nei contenuti, metodi e mezzi. In seguito il programma sarà attuato e valutato. Finito il ciclo, questo ricomincerà ridefinendo nuovi obiettivi. Tutto questo processo richiede dei costi sempre maggiori a fronte di benefici sempre più limitati o perlomeno meno misurabili, come riportato in *Figura 1*. L'azione del medico tanto più si discosta dalla semplice prescrizione tanto più richiede sforzi più grandi con risultati minori. Ma dobbiamo sforzarci di crescere anche in questa direzione.

#### Bibliografia

1. How is your doctor treating you? *Consumer Reports*, Febbraio 1995.
2. Schubiner H, Eggly S: Strategies for health education for adolescent patients: a preliminary investigation. *J Adolesc Health* 17, 37-41, 1995.
3. Wissow LS, Roter DL, Wilson MEH: Pediatrician interview style and mother's disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics* 93, 289-95, 1994.
4. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM: Physician-Patient Communication. The Relationship with Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA* 277, 553-9, 1997.
5. Coupey SM: Interviewing adolescents. *Pediatr Clin North Am* 44, 1349-65, 1997.

Associazione Culturale Pediatri

TABIANO IX

DALL' ECCESSO ALL' EVIDENZA

Tabiano, 25-26 febbraio 2000

Iscrizioni e informazioni: tel 0524 565523; fax 0524 565497