

Epidemiologia degli autolesionismi e dei comportamenti suicidari in adolescenza

Analisi degli accessi al Pronto Soccorso nella Regione Friuli Venezia Giulia

CATERINA ZANUS¹, SARA BATTISTUTTA¹, MARCELLA MONTICO², SILVANA CREMASCHI³, MARCO CARROZZI¹

¹SCO di Neuropsichiatria Infantile e Neurologia Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

²Servizio di Epidemiologia Clinica e Biostatistica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

³SOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASS 4, Udine

Un numero non piccolo di adolescenti, circa 1 su 200, accede al Pronto Soccorso per autolesionismo o comportamenti suicidari. Per ciascun soggetto sono stati documentati in media 3 precedenti accessi al PS; la maggior parte di loro vive condizioni di disagio, può presentare sintomi depressivi e sembra necessitare di maggiore attenzione. Anche se non semplice, non è impossibile scoprire questi adolescenti prima dell'atto, ed è comunque doveroso prenderli in carico con adeguata disponibilità, attenzione e partecipazione.

I tentati suicidi (TS) e gli atti di autolesionismo (AA) in età evolutiva sono riconosciuti come grave emergenza sanitaria data l'elevata prevalenza¹. Il TS rappresenta uno dei principali fattori di rischio di un successivo suicidio (Tabella I), tanto che nel 40-60% dei casi il suicidio è preceduto da un TS² e che più della metà dei soggetti che compiono un tentativo ripetono il gesto^{3,4}.

I dati presenti in letteratura relativi all'epidemiologia e alle caratteristiche degli AA/TS sono tuttavia disomogenei³ (Tabella II), a causa delle difficoltà di ordine teorico e metodologico nello studio del fenomeno. Gli strumenti a disposizione per la rilevazione della loro prevalenza non risultano infatti sufficientemente precisi¹, viste le discrepanze nelle stime di prevalenza. La somministrazione di questionari self-report anonimi, pur avendo il vantaggio di indagare un elevato numero di adolescenti e di facilitare con l'anonimato la rivelazione della propria esperienza, tende a sovrastimare la

EPIDEMIOLOGY OF SELF-HARM AND SUICIDE ATTEMPTS IN ADOLESCENCE

(Medico e Bambino 2010;29:645-653)

Key words

Self-harm, Suicide attempt, Adolescence, Emergency Unit

Summary

Background - Deliberate self-harm and suicide attempts are recognised as a growing health problem in adolescence. Nevertheless, epidemiological studies show a considerable variability in rates due to the difficulties in defining and recognizing suicidal behaviours.

Objectives - The present study aims at estimating the rate of self-harm and suicide attempts among adolescents in Friuli Venezia Giulia Region (Italy) and describing the characteristics of suicidal behaviours, in order to identify adequate strategies of intervention.

Materials and methods - We considered all the adolescents (aged from 11 to 18) admitted to the Emergency Units of Friuli Venezia Giulia Region during 2005-2006. At first, a keyword selection had been carried out on an electronic data base. Afterwards, a more detailed analysis was performed, by reviewing each original medical report of the selected cases.

Results - 120 adolescents who self-harmed and/or attempted suicide have been identified (rate of prevalence: 78/100,000 in 2005; 88/100,000 in 2006). Drug poisoning was the most frequent method. As far as the outcome is concerned, the study revealed that a specific neuropsychiatric engagement in ongoing treatment was rarely activated (9%).

Conclusions - This study demonstrates and underlines the importance of detecting the right procedures to identify and manage suicidal behaviours efficiently. To this end, we propose to create a regional data base by means of an electronic schedule able to help the medical staff of emergency services collect the data and evaluate the different cases. This instrument will facilitate the communication with the other Emergency Units of the Region.

CARATTERISTICHE DELL'ATTO SUICIDARIO

Tasso di prevalenza (per 100.000)	<p>Europa 15-19 anni: 4,8²⁸</p> <p>Italia 15-24 anni: 3,8 (M 6,2, F 1,3)²⁹ 5-14 anni: 0,2 (M 0,2, F 0,1)²⁹</p> <p>USA <15 anni: 1-2⁷ 15-19 anni: 11⁷</p> <p>Per quanto riguarda il rapporto maschi/femmine, è nota la discrepanza tra gli AA/TS, nettamente più frequenti nelle femmine, e i suicidi, prevalenti invece nei maschi^{9,30}.</p>
Fattori di rischio ^{9,12,28,31,32}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precedenti tentativi di suicidio 2. Malattia psichiatrica (depressione maggiore, schizofrenia, uso di droga o alcol, disturbi d'ansia) 3. Fattori biologici o tratti genetici (storia familiare di suicidio) 4. Life events (perdita di una figura di attaccamento, disoccupazione) 5. Fattori psicosociali (conflitti interpersonali, violenza o storia di abuso fisico e sessuale nell'infanzia, "helplessness") 6. Fattori sociali e ambientali (disponibilità di mezzi per il suicidio, isolamento sociale, difficoltà economiche) 7. Insuccesso scolastico
Criticità che rendono difficile l'approccio al fenomeno ³³	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parlare di suicidio è ancora un tabù in molte società 2. C'è una scarsa consapevolezza dell'importanza e della diffusione del fenomeno 3. Le fonti di informazione sono disomogenee e inaffidabili (es: i certificati di morte non sono completamente affidabili) <p>Studiare il suicidio è quindi molto complicato, per cui sarebbe necessario un approccio multisettoriale, in cui professionisti del servizio sanitario collaborino con figure non mediche.</p>

Tabella I

TASSI DI PREVALENZA RIPORTATI IN LETTERATURA DEL TENTATO SUICIDIO E DEL SUICIDIO IN ADOLESCENZA

Tasso tentativo di suicidio (per 100.000; fascia di età 15-19 anni)						
Europa	Inghilterra ^{2,5}	M 300	F 790	Svizzera ^{2,5}	M 76	F 279
	Finlandia ^{2,5}	M 230	F 277	Spagna ¹⁶	M 45	F 69
	Norvegia ^{2,5}	M 85	F 230	Olanda ^{2,5}	M 44	F 192
	Italia ^{2,5}	M 17	F 188			
	USA ⁷	170 (M:F fino a 1:100)				

Il confronto viene effettuato con questa fascia di età (15-19 anni) in quanto rappresenta il range più vicino, fra quelli disponibili in letteratura, a quello considerato nella nostra ricerca (11-18 anni).

Tabella II

prevalenza del fenomeno⁵. L'analisi degli accessi alle strutture sanitarie ne fornisce invece una sottostima, visto che i comportamenti suicidari spesso non sono gravati da conseguenze sanitarie tali da condurre il soggetto all'attenzione medica⁶. Inoltre, anche nei casi in cui vi sia il ricorso ai sanitari, la complessità intrinseca dell'età adolescenziale, l'ampia variabilità delle modalità utilizzate, la di-

versa gravità delle conseguenze fisiche del gesto e la sua potenzialità autodistruttiva rendono difficile il riconoscimento di questi atti, spesso inclusi nell'ampia e indefinita categoria degli "incidenti". Questa complessità spiega in parte le difficoltà metodologiche nello studio degli AA/TS. A questo si aggiunge che le definizioni concettuali e operative di "tentato suicidio" e "autolesionismo" in età evolu-

tiva sono complesse, ricche di sfaccettature, e richiedono una valutazione clinica approfondita (Box I)^{5,7}.

Di fatto, l'agire contro il corpo può avere diversi significati: far fronte al dolore psichico e alla solitudine, esprimere la difficoltà nel processo di soggettivazione⁸, trovare una soluzione immediata alla confusione e all'angoscia che si sta sperimentando⁹. Negli atti suicidari adolescenziali è spesso presente il tema della consapevolezza di essere mortali e quindi di sfidare la morte¹⁰. In molti casi si tratta di una morte simbolica: l'adolescente deve accettare la sfida di morire per rinascere come soggetto adulto¹⁰. È quindi particolarmente importante un'accurata diagnosi differenziale che tenga presente il momento esperienziale ed evolutivo in cui l'atto viene compiuto, e non solo la gravità delle conseguenze fisiche dell'atto. Quest'ultima, infatti, non può essere considerata l'unico indicatore dell'importanza soggettiva del gesto e del suo significato. Volterra¹¹ afferma che il gesto spesso non è chiaro e "si traduce in interpretazioni rassicuranti e non necessariamente coinvolgenti, che in genere, però, non riescono ad afferrare completamente il motivo base che mette in moto il TS", facilitandone così la banalizzazione da parte di operatori sanitari, genitori e adolescenti⁹. Mentre a un'indagine clinica approfondita spesso emerge come il comportamento autolesivo sia stato un atto comunicativo e autocurativo per lenire il dolore e controllare l'angoscia.

Da queste considerazioni è nato un progetto di ricerca dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, in collaborazione con l'ASS 4 Medio in Friuli, finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, con lo scopo di stimare la prevalenza degli AA/TS nella Regione, descrivere le caratteristiche del fenomeno e individuare adeguate strategie di intervento. Lo studio ha preso in considerazione sia la popolazione afferita alle strutture sanitarie sia quella scolastica. In questo articolo vengono riportati i risultati riguardanti gli accessi alle strutture di Pronto Soccorso (PS) (Tabella III).

Box 1 - DEFINIZIONE NEL CONTINUUM SUICIDARIO

In letteratura non vi è completo accordo circa le definizioni operative degli atti suicidari e dei tentativi di suicidio; le stesse definizioni vengono talvolta utilizzate per definire atti diversi. In questo contesto ci siamo riferiti principalmente alle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità²⁹.

Suicidio

- Atto ad esito fatale che il soggetto, con la coscienza e l'aspettativa di un esito fatale, ha pianificato e portato a termine per ottenere lo scopo desiderato di morire²⁹.
- "... ogni caso di morte direttamente o indirettamente risultante da un atto positivo o negativo compiuto dalla stessa vittima pienamente consapevole di produrre questo risultato"³⁴.

Tentato suicidio (TS) Le definizioni sottolineano il grado di premeditazione e l'intento di morire come elementi distintivi per differenziare l'entità del TS e il TS dal parasuicidio.

- Atto non abituale con esito non fatale, ma consciamente tendente all'autodistruzione, deliberatamente iniziato e condotto a compimento dal soggetto²⁹.
- "Azione preparatoria, cioè un tentativo a commettere"³⁵.

Parasuicidio

- Atto non abituale, ad esito non fatale, deliberatamente iniziato e condotto a compimento nell'aspettativa di un qualche esito, in grado di realizzare il desiderio autolesivo. Fanno parte di tale condotta il rifiuto delle terapie, la scarsa adesione a consigli terapeutici e a misure preventive, lo scarso adeguamento a programmi di follow-up in caso di malattie croniche²⁹.
- Comportamenti premeditatamente autolesivi³⁶, tra cui l'autolesionismo. Il suo scopo, rispetto al TS, è più interpersonale e strumentale.

Comportamento autolesivo: "serie di atti direttamente ripetuti dall'individuo su se stesso, con risultato di un danno fisico o psichico che possono causare una cessazione prematura della vita. Includono sia metodi attivi come l'automutilazione o l'ingestione di sostanze estranee, che passivi, come il rifiutarsi di mangiare o bere o di assumere i medicinali necessari... L'intenzionalità a morire non è criterio necessario; è sufficiente che il soggetto sia consapevole che l'atto compiuto può causare la morte."³

Minacce di suicidio: manifestazioni verbali e avvertimenti⁷

Ideazione suicidaria: cognizioni che possono variare da pensieri fugaci che la vita non meriti di essere vissuta a progetti concreti e meditati di autosoppressione; l'individuo desidera essere morto o pensa alle modalità per uccidersi ma non arriva alla messa in atto dell'agito suicidario³⁷; tale ideazione diventa clinicamente significativa quando si presenta come uno stato non transitorio di apprensione⁷.

Piani suicidari: consistono nella creazione di un piano da mettere in atto; diversamente dall'ideazione suicidaria, implicano quindi la progettazione e la premeditazione⁷.

OBIETTIVI DELL'ANALISI DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

1. Quanti casi di autolesionismo/TS giungono alle strutture di Pronto Soccorso?
2. Qual è l'età media e quale il rapporto maschi/femmine?
3. Esiste un periodo dell'anno in cui tali eventi sono più frequenti?
4. Qual è la modalità più frequentemente scelta per il gesto autolesivo?
5. Questi ragazzi hanno già avuto precedenti contatti con le Strutture di Pronto Soccorso?
6. Qual è la gravità delle condizioni cliniche?
7. Sono presenti patologie psichiatriche e/o internistiche già diagnosticate o sintomi/tratti patologici?
8. Sono individuabili elementi che possono aver agito da fattori scatenanti?
9. Che cosa succede dopo che si è conclusa la visita presso il Pronto Soccorso?
10. Vengono attivate consulenze specialistiche, in particolare neuropsichiatriche?

Tabella III

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati gli accessi degli adolescenti (11-18 anni) presso tutti i PS della Regione negli anni 2005-'06.

L'analisi si è svolta in due fasi. In un primo momento è stata eseguita una selezione su database informatico attraverso l'utilizzo di alcune parole chiave e di criteri specifici (Box 2). Per la loro definizione si sono considerati i principali fattori di rischio¹² e la pre-

senza di qualsiasi segnale di sofferenza psichica, tenendo presente anche le informazioni disponibili sulla storia e sulle relazioni significative dell'adolescente. Esempi di segnali di allarme possono essere le idee/intenzioni suicidarie, le manifestazioni di vulnerabilità psichica (come disturbi dell'immagine di sé, crisi d'ansia, sentimenti di disperazione) e i comportamenti impulsivi (aggressività, instabilità comportamentale, condotte a rischio), ma anche i contesti di

vulnerabilità (ambiente familiare multiproblematico, alcolismo, abusi).

Dato che le informazioni presenti nel database elettronico non sempre erano sufficientemente esaustive, si è proceduto alla lettura dei verbali e della documentazione clinica disponibile presso i singoli PS, per valutare più accuratamente gli accessi per AA/TS (Figura 1) e quelli di dubbia interpretazione. La valutazione è stata eseguita congiuntamente da due ricercatori (CZ e SB), con la supervisione di un esperto (RA).

Le informazioni ottenute sono state inserite in un database creato *ad hoc* che ha permesso di categorizzare i casi individuati, distinguendo "casi certi" (chiara intenzionalità autolesiva/suicidaria), "casi probabili" (natura autolesiva non definita con certezza ma altamente probabile) e "casi non valutabili".

Tutte le informazioni raccolte sono state quindi organizzate sulla base di una serie di parametri ritenuti utili per lo studio del caso. In particolare si sono presi in considerazione: età e sesso, periodo dell'anno in cui sono attuati gli AA/TS, modalità del gesto, numero medio degli accessi al PS nel 2005-'06, gravità delle condizioni cliniche, presenza di tratti o patologie psichiatriche e/o internistiche, presenza di possibili fattori scatenanti, esito.

Box 2 - PAROLE CHIAVE E CRITERI UTILIZZATI NELLA PRIMA SELEZIONE DEGLI ACCESSI

Autolesionismo-tentamen: sono stati considerati tutti i casi.

Impiccagione-strangolamento: sono stati considerati tutti i casi.

Intossicazione-avvelenamento-ingestione (e loro varianti) da alcol, farmaci o altre sostanze.

- criteri di inclusione (almeno due o più): mezzo di arrivo, il giorno e l'ora dell'episodio (es. giorno feriale, ora pomeridiana ecc.), circostanze insolite dell'episodio (es. da solo). valutazione incrociata di tutti i precedenti.
- esempi di casi considerati: assunzione di alcol in casa, da solo, in seguito a litigi, in associazione con l'assunzione di altre sostanze, intossicazioni alcoliche ripetute ecc. (sospetto intento autolesivo).
- esempi di casi esclusi: episodi accidentali o involontari; stati di ubriachezza ed ebbrezza durante feste con coetanei ecc.

Incidente-infortunio-trauma (e loro varianti)

- criteri di inclusione (almeno due o più): modalità e circostanze dell'episodio; ripetitività; non utilizzo dei dispositivi di sicurezza
- esempi di casi considerati: modalità e alle circostanze con cui è avvenuto (stato di ebbrezza? da solo? dopo una lite? ecc.), ripetitività nell'arco di uno spazio temporale che va da alcuni mesi a un anno (3 o più accessi al ps nell'arco di tempo 2005-2006), non utilizzo dei dispositivi di sicurezza.
- esempi di casi esclusi: episodio non ripetuto; assenza di condizioni sospette.

Ferita da taglio (e loro varianti)

- criteri di inclusione (almeno due o più): numero e sede delle ferite; circostanze dell'episodio. valutazione incrociata di tutti i precedenti.
- esempi di casi considerati: ferite superficiali multiple o localizzate in braccio, avambraccio, polso, mano, gamba, collo, piede.
- esempi di casi esclusi: sede insolita per un atto autolesivo.

Altre tipologie di accesso comunque analizzate (anche se non rientranti nelle categorie precedenti): accessi per stato confusionale o ansioso-depressivo, agitazione psicomotoria, violenza subita, disturbo psichico, indagine per inserimento in comunità o per affidamento, richiesta di contraccettivo d'emergenza e interruzioni di gravidanza. La valutazione di questi accessi è stata approfondita nel caso in cui fosse indicata in verbale la presenza di possibili fattori di rischio, ad esempio di tipo psico-sociale.

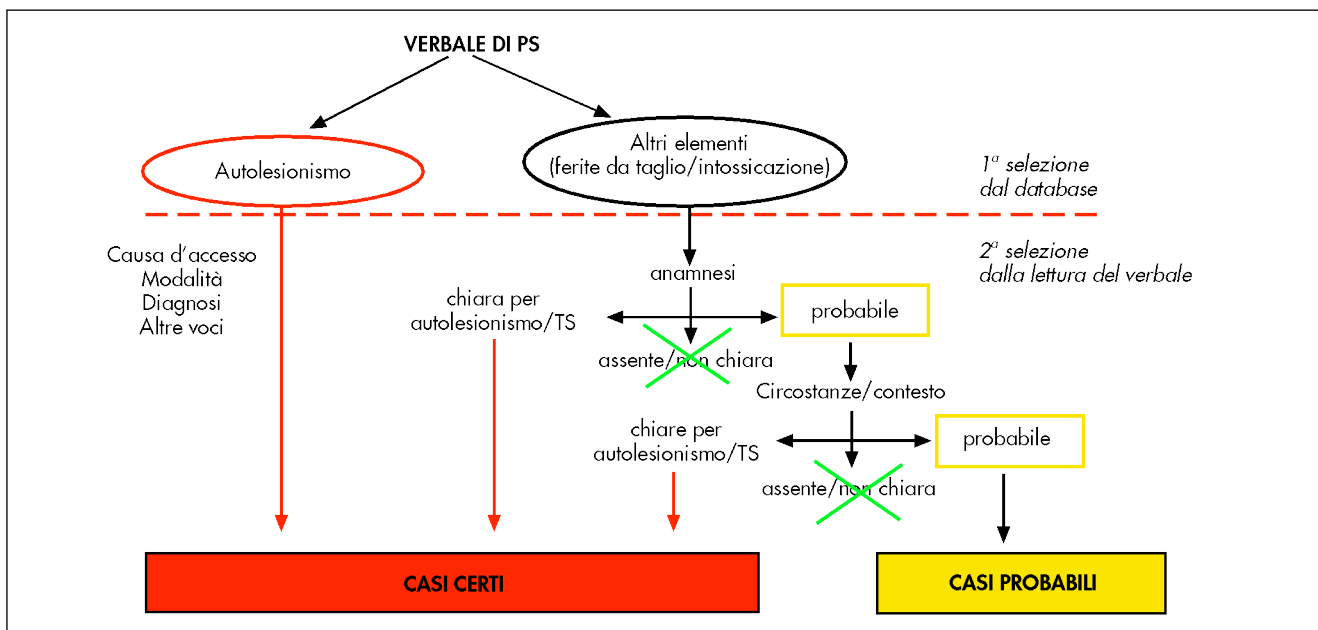


Figura 1. Processo di selezione degli accessi.

RISULTATI

Su un totale di 53.198 accessi di adolescenti registrati in Regione negli anni 2005-'06 sono stati riscontrati 135 accessi per AA/TS certo ("Accessi con AA/TS certo") e 45 accessi in cui

l'intenzione autolesiva o suicidaria è altamente probabile ("Accessi con AA/TS probabile"). Tra gli accessi analizzati, 516 sono risultati non valutabili ("Accessi con AA/TS non valutabile"), e pertanto sono stati esclusi dalla casistica per l'ambiguità nell'in-

tenzionalità del gesto e le scarse informazioni presenti nel verbale (Tabella IV). Sono rientrati in questa categoria molti casi di incidenti, intossicazioni alcoliche e ferite da taglio. Inoltre, diversi accessi (261) sono stati eliminati in quanto nell'analisi di approfondi-

mento è stata esclusa l'intenzionalità autolesiva o suicidaria.

Di seguito si riportano nel dettaglio i risultati riguardanti gli accessi con AA/TS certo, mentre i risultati riguardanti gli accessi con AA/TS probabile vengono riportati in modo sintetico.

A. Accessi con AA/TS certo

Sono stati individuati 135 accessi per AA/TS (Tabella V); questi atti sono stati compiuti da 120 adolescenti, 12 dei quali avevano compiuto due o più AA/TS. Dato che la popolazione generale degli adolescenti (11-18 anni) del Friuli Venezia Giulia è stata di 74.138¹³ nel 2005 e di 75.134¹³ nel 2006, il tasso di prevalenza è stato di 78 per 100.000 soggetti/anno nel 2005 e di 88 per 100.000 nel 2006. Gli adolescenti individuati hanno un'età media

di 16 anni e 10 mesi (± 1 aa 7 m) e sono soprattutto di sesso femminile (61,7%). Si è osservato che gli AA/TS si verificano più frequentemente in autunno (31,9%) e in inverno (26,7%), soprattutto nei mesi di novembre, febbraio e giugno (Figura 2) e tendono a concentrarsi nel tardo pomeriggio/sera, nel 21,5% dei casi tra le 17.00 e le 19.00.

La modalità più utilizzata è risultata l'intossicazione (Tabella V), da sola (54,1%) o in associazione con altre modalità (4,4%); molto frequenti sono state anche le ferite da taglio (16,3%). Analizzando le intossicazioni, si osserva che si tratta principalmente di intossicazioni da farmaci, (79,5% delle intossicazioni), nella maggioranza dei casi psicofarmaci (48,6% delle intossicazioni da farmaci). Frequente è stata anche l'intossicazione attraverso so-

stanze tossiche (15,1%), come trielina, solvente per unghie o candeggina.

Nei due anni considerati dalla ricerca gli adolescenti con AA/TS hanno presentato un numero medio di 3,15 accessi, di cui 1,2 precedenti all'atto in questione, spesso nei 3 mesi immediatamente precedenti. In particolare, il 42,5% degli adolescenti ha avuto un contatto con le strutture sanitarie di emergenza per motivi diversi da AA/TS prima dell'agito autolesivo.

Se si analizza la gravità delle condizioni cliniche dell'adolescente all'arrivo in PS (codice di gravità), si osserva che nella maggioranza dei casi (54,6%) è giallo, ovvero non c'è imminente pericolo di vita ma la situazione è grave. In base a quanto indicato in verbale, possiamo supporre che in nessun caso siano stati riportati danni o lesioni permanenti. Tuttavia l'esito a

ACCESSI AL PS DEGLI ADOLESCENTI (11-18 ANNI) NEL CORSO DEGLI ANNI 2005-2006

ASS	Accessi 2005-2006 (11-18 anni)	Accessi con AA/TS certo	Accessi con AA/TS probabile	Accessi con AA/TS non valutabile
Burlo	10.025	16	14	79
AOTS	1736	11	3	32
ASS2	5732	23	4	47
ASS3	4666	8	1	38
ASS4 + AOUD	11.785	42	15	96
ASS5	5940	10	2	74
ASS6 + AOPN	13.314	25	6	150
Totale	53.198	135	45	516

Tabella IV

MODALITÀ UTILIZZATE DAGLI ADOLESCENTI CON AA/TS E TIPOLOGIA DELLE INTOSSICAZIONI E DEI FARMACI

Modalità	%	Intossicazione	%	Farmaci	%
Altro	5,2	Farmaci + alcol + sostanze tossiche	1,4	Anti-emicranici	1,4
Ferita da taglio	16,3	Alcol	5,5	Anti-epilettici	8,6
Ferita da taglio + altro	1,5	Alcol + sostanza tossica	1,4	Farmaci da banco	24,3
Impiccagione	1,5	Farmaci	68,5	Farmaci non noti	1,4
Intossicazione	54,1	Farmaci + alcol	6,8	Psicofarmaci	48,6
Intossicazione + altro	4,4	Farmaci + sostanza tossica	2,7	Sostanze psicotrope	4,3
Minaccia/intento suicidario	5,9	Sostanza tossica	13,7	Specifici altro	11,4
Precipitazione	4,4				
Trauma contusivo	6,7				

Le percentuali sono state calcolate sul numero degli "accessi con AA/TS certo" (n=135).

Tabella V

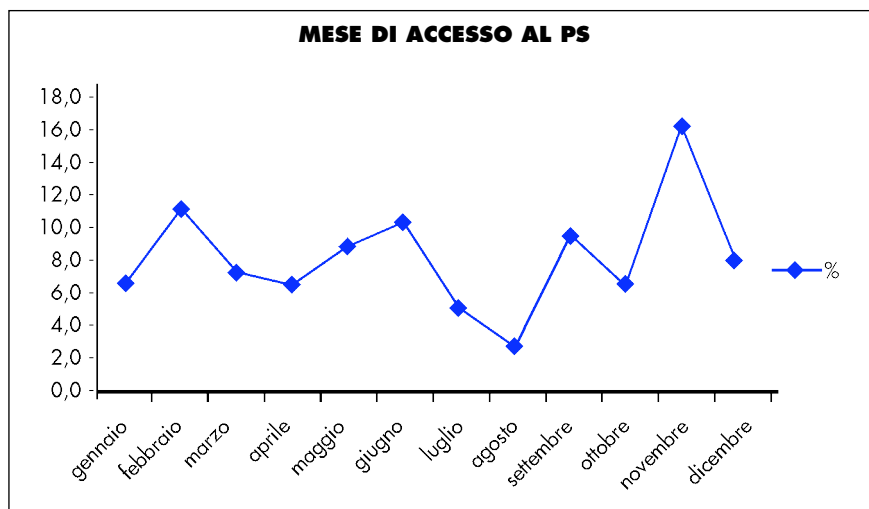


Figura 2. Percentuale degli accessi con AA/TS in base al mese in cui è stato fatto l'accesso. Le percentuali sono state calcolate sul numero degli "accessi con AA/TS certo" (n=135).

lungo termine di questi agiti potrebbe essere stabilito solo attraverso uno studio di follow-up. Inoltre, in una prima valutazione dei sanitari, l'atto autolesivo non viene sempre espresso esplicitamente nella causa di accesso (circa nella metà dei casi, 52,6%). Raramente nei verbali analizzati viene fatto riferimento ai fattori scatenanti dell'episodio, che vengono riportati solo nel 26,7% dei casi (Tabella VI); in questi ultimi si trova spesso riferimento a conflittualità o disagi in famiglia. È stata inoltre indagata la compresenza di elementi psicopatologici, che è stata riscontrata nel 45,8% (Tabella VII). Sono stati segnalati soprattutto sintomi depressivi.

Per quanto concerne l'esito (Figura 3) la maggior parte degli adolescenti (51,8%) viene inviata a domicilio o al curante dopo la visita medica al PS. Numerosi sono gli esiti che implicano un ricovero, osservazione o consulenza a vari reparti (21,3%); tuttavia raramente (9%) l'esito consiste nell'invio o nella presa in carico da parte delle Strutture di Neuropsichiatria infantile o dei Dipartimenti di Salute mentale. Nella gran parte dei casi il contatto con questi specialisti è stato consigliato dal medico di PS, ma questo non garantisce la realizzazione e la continuità di un percorso condiviso.

B. Accessi con AA/TS probabile

Quarantacinque accessi, effettuati

da 43 adolescenti (51% femmine, età media 16 aa 4 m, ± 1 aa 10 m), sono stati categorizzati come "probabili", dal momento che la natura autolesiva del gesto è apparsa altamente probabile, ma non definibile con certezza per le scarse informazioni presenti (Tabella IV). Il tasso di prevalenza stimato (78 per 100.000 e 88 per 100.000) aumenta al 109 per 100.000 nel 2005 e al 117 per 100.000 nel 2006 se includiamo nella casistica anche questi casi. Si è trattato per entrambi i sessi soprattutto di intossicazioni (77,8%), con alcol (51,6%) o con altre sostanze tossiche (25,8%).

Per quanto riguarda l'esito dell'accesso, prevalente rimane l'invio al domicilio/curante (57,8%). L'invio alle strutture psichiatriche o neuropsichiatriche (4,4%) o le consulenze con tali specialisti (22,2%) appaiono anche in questi casi un atto clinico scarsamente utilizzato. Più elevata la percentuale di consulenza/osservazione/ricovero presso altri reparti (8,9%).

DISCUSSIONE

La ricerca ha permesso di avviare un monitoraggio sui AA/TS negli adolescenti in Friuli Venezia Giulia e di ipotizzare alcune modalità per riconoscere e intervenire più efficacemente in queste situazioni. Il tasso di prevalenza registrato può essere considera-

SEGNALAZIONE E TIPOLOGIA DEGLI EVENTI SCATENANTI

In quanti accessi è stato segnalato in verbale un possibile fattore scatenante? **26,7%**

Che tipo di evento è stato indicato?

Conflitti	64 %
Familiari	64%
Relazionali	32%
Non specificato	4%
Ansia/depressione	10%
Difficoltà scolastiche	5,1%
Altre difficoltà personali	2,6%
Eventi stressanti	15%
Non comunicazione dell'evento	2,6%

Le percentuali sono state calcolate sul numero degli "accessi con AA/TS certo" (n=135).

Tabella VI

SEGNALAZIONE E TIPOLOGIA DEI TRATTI PSICOPATOLOGICI

In quanti accessi sono stati segnalati in verbale elementi patologici? **45,8%**

Che tipo di evento è stato indicato?

Disturbi d'ansia	11,8%
Disturbi dell'umore	35,5%
Disturbo del comportamento alimentare	12,9%
Dipendenza da sostanze	3,23%
Altri disturbi neurologici/psichiatrici/nn	4,3%
Epilessia*	7,53%
Disturbi di personalità	12,9%
Psicosi	7,53%
Altre patologie internistiche	4,3%

Le percentuali sono state calcolate sul numero degli "accessi con AA/TS certo" (n=135).

*Include anche i casi in cui è segnalata una storia di epilessia o è in corso una terapia con antiepilettici

Tabella VII

to in linea con i dati, seppur disomogenei, presenti in letteratura (Tabella II). Gli adolescenti individuati hanno in media 16 anni e 10 mesi e sono soprattutto di sesso femminile (61,7%), confermando studi precedenti¹⁴ secondo cui il rapporto F/M di TS è 2/1¹⁵, potendo arrivare fino a 10/1¹⁶.

Per quanto concerne la modalità dell'atto, il frequente uso dei farmaci,

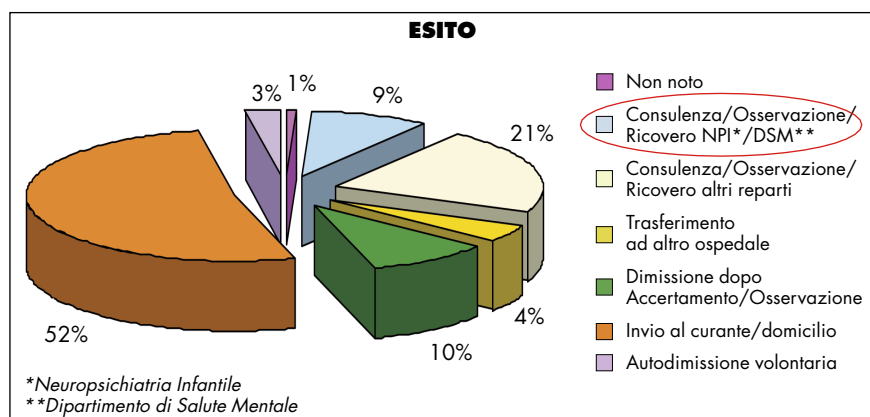


Figura 3. Percentuale degli accessi con AA/TS in base all'esito. Le percentuali sono state calcolate sul numero degli "accessi con AA/TS certo" (n=135).

in particolare degli psicofarmaci, nel tentativo suicidio è già noto in letteratura^{9,17-20}. Questo risultato richiede una riflessione sulla prescrizione di psicofarmaci in adolescenza, senza un adeguato sostegno e controllo sulla correttezza dell'assunzione. La prescrizione, non accompagnata da una relazione interpersonale, trasforma una richiesta di cura e protezione in una prassi clinica, vissuta dall'adolescente come svalutazione e banalizzazione della sofferenza soggettiva. Ciò può innescare una reazione a catena che potrebbe concludersi con l'uso di quel farmaco nella progettazione del gesto suicidario. È importante soffermarsi anche sulle numerose intossicazioni alcoliche associate a traumi/incidenti di vario tipo. Questi accessi non sono rientrati nella casistica, ma sollevano interrogativi sul significato parasuicidario di tali agiti. In uno studio su pazienti di 15-24 anni giunti in ospedale, in seguito a gesti autolesivi, è stato riscontrato che più di un terzo aveva bevuto alcol immediatamente prima dell'atto²¹.

Per quanto concerne la presenza di elementi psicopatologici tra i fattori scatenanti, non si è giunti a conclusioni certe per le scarse informazioni anamnestiche e cliniche presenti nei verbali, ma è emersa la compresenza di elementi psicopatologici tra gli AA/TS nel 45,8% dei casi (soprattutto sintomi depressivi, disturbi di personalità e del comportamento alimentare^{1,22}). Va ricordato che in questa percentuale rientrano tutti i casi in cui è

stata segnalata la presenza di una sintomatologia psichica, anche in assenza di una costellazione sintomatologica organizzata in un vero disturbo psichiatrico. Non si esclude che tale percentuale possa cambiare se si prendono in considerazione i soli casi con disturbo conclamato.

In letteratura il dato relativo a tale associazione è oscillante, variando dal 30% al 90%, presumibilmente in base al riferimento a disturbi psichiatrici più gravi e strutturati o a situazioni più lievi e sfumate¹⁷. Spesso, la storia personale degli adolescenti che compiono AA/TS è caratterizzata da situazioni di grande disagio che interessano il nucleo familiare, con la presenza di eventi traumatici nella storia recente e passata. Molti di questi ragazzi provengono da famiglie multiproblematiche, con avversità socio-economiche, rottura del matrimonio, attacco parentale inadeguato. La loro storia psichica e i loro fallimenti affettivi vengono comunicati attraverso tracce e indizi lasciati sul corpo. Dalla letteratura emerge che coloro che hanno compiuto un gesto suicidario hanno riferito di non aver ricevuto dai familiari abbastanza attenzioni, di aver avuto con i genitori forti conflitti e di essere scappati da casa¹.

Alcuni studi sviluppati secondo le teorie di Bowlby e Patterson ipotizzano che il tentativo di suicidio adolescenziale sia leggibile come un forte messaggio inviato al familiare per ottenere aiuto e sostegno¹. Ciò conferma l'importanza di comprendere e

trattare il tentativo di suicidio dell'adolescente all'interno delle sue relazioni significative; infatti una delle intenzioni più evidenti del passaggio all'atto è proprio quella comunicativa, diretta di frequente a uno dei due genitori⁹. Vista la complessità delle problematiche che possono spingere l'adolescente all'atto, si ricorda dunque la necessità di non sottovalutare il contesto psicologico e sociale.

Interessanti sono i risultati in merito al periodo (inverno e autunno) e all'orario (17.00-19.00) degli accessi. È possibile ipotizzare che la riduzione delle ore di luce durante il giorno e le condizioni climatiche possano favorire la comparsa di spunti depressivi, notoriamente associati a episodi di tale natura. Tuttavia pensiamo più probabile, vista l'età dei soggetti e i mesi in cui gli eventi sono stati compiuti, che l'attuazione di questi gesti sia influenzata da fattori scolastici (ad esempio periodo di valutazione).

I risultati riguardanti l'orario sono sovrapponibili a quelli di altre ricerche^{18,23}. In uno studio in particolare¹⁸ gli eventi suicidari presentavano un picco orario nel primo pomeriggio e uno nelle prime ore della sera, quando le occasioni di scambio con i coetanei sono più frequenti ed emergono più evidenti le difficoltà di rapporto e i problemi di relazione. Ipotizziamo inoltre che la fascia oraria serale permette più facilmente il riconoscimento dell'atto, ad esempio per un probabile rientro dei familiari. Quest'ultima ipotesi trova in parte conferma nei risultati riguardanti la gravità degli accessi (codice giallo), che indicano come gli adolescenti tendano ad attuare gesti non letali, ma sufficientemente gravi da richiedere l'intervento dei sanitari. Si conferma dunque l'importanza di non banalizzare l'atto autolesivo, ma di riconoscerne il suo significato comunicativo al di là della gravità del gesto, per evitare un'escalation di atti sempre più gravi¹⁰.

Un'informazione molto importante in tale direzione proviene dal numero di accessi in PS precedenti a quello suicidario. Nella nostra ricerca molti degli adolescenti individuati avevano avuto accessi precedenti, spesso ripe-

tuti, alle strutture di PS. Conoscere se e quante volte gli adolescenti abbiano già avuto contatto con le strutture sanitarie è dunque un'informazione essenziale per cogliere tempestivamente tali segnali, in particolare se in un accesso precedente è stato segnalato un AA/TS^{1,9,17,24}.

In letteratura è stato riportato che molti degli adolescenti con AA/TS sono già conosciuti e seguiti da specialisti o sono passati dal medico curante o dal PS poco prima del gesto, a volte per apparenti "altri motivi"¹⁷. Secondo alcuni Autori esisterebbe una vera e propria "sindrome presuicidaria" caratterizzata da turbe del sonno, dell'appetito, della concentrazione, tendenza all'isolamento e all'apatia, sentimenti di tristezza, disturbi somatici¹⁵. Il pediatra e il medico di famiglia, nel loro operare clinico con l'adolescente, potrebbero tener presente le variazioni e le rotture nel ritmo giornaliero dei loro pazienti, interrogandosi su come trascorrono le ore quotidiane e sulla qualità delle relazioni con i coetanei. Potrebbero ricollegare alcune difficoltà giornaliere con gli accessi al PS o nel loro ambulatorio, accessi non sempre giustificati da una sintomatologia internistica eclatante, ma che per la loro ambiguità clinica appaiono come un tentativo di comunicare un "breakdown" nel percorso evolutivo. Offrendo uno spazio di attenzione, ascolto ed elaborazione al ragazzo, il medico scoprirebbe che sotto la vaghezza clinica si riconoscono i segnali della sofferenza psichica e di una sindrome presuicidaria.

Il *Manuale Diagnostico Psicodinamico*²⁵ segnala come "nell'adolescente i sintomi prodromici di un gesto suicidario sono depressione, mancanza di sonno, *helplessness* e convinzione che nessuno si accorgerebbe del suo suicidio, o che, qualora se ne accorgesse, si sentirebbe in colpa e proverebbe rimorso per non essersi preso maggiormente cura di lui". E ancora invita i sanitari a non banalizzare né sottovalutare intensi stati affettivi negativi, come la rabbia, la tristezza, l'impotenza e la vergogna, che potrebbero indicare la presenza di fantasie e "pensieri consci o inconsci di suicidio".

I pediatri, i medici di medicina generale e gli operatori di PS hanno un compito molto importante nel riconoscimento di questi casi, nel comprendere le reazioni e le difese dell'adolescente e nel favorire la presa in carico presso gli specialisti di competenza. Sarà compito del servizio specialistico riuscire a valutare e comprendere gli atti al di là della gravità dei sintomi fisici riportati, per accompagnare l'adolescente nella ricerca di uno spazio e di un tempo di cura e di confronto, in cui potrà ritrovare i significati che sono alla base del suo soffrire, prevenendo così la ripetizione del gesto⁹. Il riconoscimento della sofferenza e la mediazione verso lo specialista diventano l'azione curativa nel senso più profondo del termine e dell'operare sanitario, perché comprendono in sé il curare, l'assistere, il proteggere e il riparare.

Nella nostra ricerca, come in altre precedenti^{18,26-27}, è invece emerso che spesso l'esito della visita al PS è stata la dimissione con un invio formale al curante (55%); solo raramente è stato fatto ricorso a una consulenza/osservazione temporanea/ricovero nelle Strutture di Neuropsichiatria o nei DSM (9%). Si conferma la necessità di attivare reti di collegamento che favoriscano il passaggio di informazioni tra i diversi PS, i pediatri di famiglia o i medici di base e gli specialisti della neuropsichiatria infantile.

Viste l'importanza del fenomeno e la difficoltà nell'individuazione dei casi e nella loro gestione, è necessario sensibilizzare il personale sanitario al riconoscimento di tali atti e alla costruzione di adeguati percorsi che facilitino la presa in carico da parte delle strutture specializzate. A tal fine si lavorerà per la realizzazione di un registro regionale, attraverso l'utilizzo di una sintetica scheda informatizzata di anamnesi guidata, da compilarsi a cura del personale sanitario di PS. Lo scopo è di favorire la raccolta rapida delle informazioni necessarie per una corretta individuazione dei casi, monitorare on line il fenomeno, mettere in rete i PS della Regione favorendo l'individuazione degli accessi ripetuti ai PS nell'arco di breve tempo, e attivare

MESSAGGI CHIAVE

❑ Le classi di prevalenza internazionale del tentato suicidio in adolescenza danno cifre assai diverse, dai 300 per 100.000 maschi e i 790 per 100.000 femmine in Inghilterra a 17 per i maschi e a 188 per le femmine in Italia.

❑ Una ricerca su 53.198 accessi di adolescenti registrati presso i PS della Regione Friuli Venezia Giulia negli anni 2005-06 ha rilevato 135 accessi per autolesionismo o tentato suicidio "certi" e 45 con intenzione autolesiva o suicidaria altamente probabile, con un tasso di prevalenza di 78/100.000 nel 2005 e di 88 nel 2006 (prevalde sempre il sesso femminile).

❑ Questi soggetti hanno avuto in media 3 accessi precedenti in PS; nel 46% dei casi è emersa la compresenza di elementi psicopatologici (sintomi depressivi, disturbi della personalità e del comportamento alimentare).

❑ Molti di questi ragazzi provengono da famiglie multiproblematiche e comunque in condizioni di disagio psichico.

❑ I casi si concentrano prevalentemente in autunno, in inverno e nelle ore serali; la modalità principale è l'intossicazione da farmaci; nella maggioranza dei casi al momento del ricovero non è presente un'elevata gravità clinica (codice giallo).

❑ È importante sensibilizzare il personale sanitario al riconoscimento di tali atti e alla costruzione di adeguati percorsi che facilitino la presa in carico da parte delle strutture specializzate.

i PdF, MMG e i servizi di Neuropsichiatria Infantile. La scheda è stata pensata come uno strumento per aiutare gli operatori a entrare in comunicazione fra loro e costruire un pensiero clinico comune, affinché si possa favorire il passaggio verso la costruzione di uno spazio terapeutico, che l'adolescente potrà usare per pensare, ricordare e rielaborare l'atto lesivo e le situazioni di vita che lo hanno condotto a quel punto. Questo spazio deve potersi modificare a seconda delle caratteristiche del soggetto e del con-

testo in cui vive e può prendere la forma di una osservazione temporanea in PS o di un ricovero, attraverso una trama collaborativa tra operatori dell'emergenza e servizi specialistici, per avviare un intervento di crisi e un programma che comprenda interventi sanitari articolati con interventi socio-educativi.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione i Direttori e il personale sanitario dei Pronto Soccorso delle ASS 1, 2, 3, 4, 5, 6 e delle Aziende Ospedaliere di Pordenone, Trieste e Udine.

Conflitto di interesse: nessuno

Indirizzo per corrispondenza:

Marco Carrozzi

e-mail: carrozzi@burlo.trieste.it

Bibliografia

1. Poggioli DG, Mansi R, Mancaruso A, Rigon G. Fattori di rischio del tentato suicidio. Risultati di un self-report anonimo su 517 adolescenti. In: *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*. Milano: Edizioni Franco Angeli, 2002.
2. Rigon G, Poggioli DG. Suicidio e tentato suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza. Commenti alla più recente letteratura. *Imago* 1997;2:141-66.
3. Meneghel G, Corinto B, Pavan C, Pavan L. Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria. *NOOS. Aggiornamenti in Psichiatria* 2004;10:247-56.
4. Marcelli M, Braconier A. *Adolescenza e Psicopatologia*. Milano: Edizioni Elsevier (Collana Biblioteca Medica Masson), 1999.
5. Rigon G, Costa S, Tugnoli M, Poggioli DG. Il tentativo di suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza: primi dati relativi alla città di Bologna. *Convegno: Aggressività e disperazione nelle condotte suicidarie*. Padova, 1998.
6. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 1999. *MMWR CDC Surveill Summ* 2000; 49:1-32.
7. Di Biasi S. Il suicidio in età evolutiva: rassegna critica delle recenti indagini e dei dati epidemiologici. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2007;74:195-206.
8. Cahn R. *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*. Roma: Ed. Borla, 1998.
9. Charmet GP. *Crisis Center. Il tentativo di suicidio in adolescenza*. Milano: Edizioni Franco Angeli, 2004.
10. Charmet GP. *Adolescenza. Istruzioni per l'uso*. Milano: Fabbri Editori, 2005.
11. Volterra V. Gli adolescenti che tentano il suicidio: disperazione e speranza. *NOOS. Aggiornamenti in Psichiatria* 2004;10:257-77.
12. *Atti della Conférence de Consens. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*. Parigi: La Salpêtrière, 19-20 ottobre 2000.
13. Istat (2001). www.istat.it.
14. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:420-36.
15. Amadei P, Bonacini S, Nizzoli U. Tentato suicidio in adolescenza. Studio bibliografico sui fattori di rischio e i sistemi di aiuto agli adolescenti che tentano il suicidio e alle loro famiglie. www.prevenzionesuicidio.it.
16. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327-38.
17. Bolzonella G, Bottega L, Brocca R, et al. La ricerca epidemiologica sui TS adolescenziali a Venezia Mestre. *IMAGO* 2006;XIII, n. 2.
18. De Rénoche G, Bianchin L, Ronchese M, Permunian A, Condini A. La ricerca epidemiologica sui TS adolescenziali e del giovane adulto a Padova. *Atti del Convegno "I tentativi di suicidio in adolescenza. Occuparsi della crisi: le frontiere dell'intervento"*. Venezia, 19 maggio 2006.
19. Beghini C, Melegari MA, Brighenti B. La ricerca epidemiologica sui TS adolescenziali e del giovane adulto nel territorio dell'AULSS 20 Verona. *Atti del Convegno "I tentativi di suicidio in adolescenza. Occuparsi della crisi: le frontiere dell'intervento"*. Venezia, 19 maggio 2006.
20. Rizzo L, Marcon M, Chiesa, Pallia G. La ricerca epidemiologica sui TS adolescenziali e del giovane adulto nell'AULSS 9 di Treviso. *Atti del Convegno "I tentativi di suicidio in adolescenza. Occuparsi della crisi: le frontiere dell'intervento"*. Venezia, 19 maggio 2006.
21. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1574-83.
22. Mancaruso A, Poggioli DG, Chiodo S, Costa S, Rigon G. Tentato suicidio in età evolutiva e disturbi del comportamento alimentare: riflessione su un campione clinico. www.prevenzionesuicidio.it.
23. Preti A, Miotto P. Diurnal variations in suicide by age and gender in Italy. *J Affect Disord* 2001;65:253-61.
24. Owens D, Horrocks J, House A. fatal and non fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193-9.
25. Lingardi V, Del Corno F (Eds). *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.
26. De Leo D, Pavan L. I comportamenti suicidari. Alcuni aspetti clinici. *Minerva Psichiatr* 1992;33:289-95.
27. Levine LJ, Schwarz DF, Argon J, Mandell DS, Feudtner C. Discharge Disposition of adolescents admitted to medical hospitals after attempting suicide. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:860-6.
28. *EU Consensus Paper on Prevention of Suicidal and Depression* (National Research and Development Centre for Welfare and Health).
29. WHO. *Suicide Prevention*, WHO sites: Mental Health, World Health Organization. February 16, 2006.
30. Bertolote JM, Fleishmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002;7, n. 2.
31. WHO. *European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the challenges, building solutions*. Finland, 2005.
32. www.prevenzionesuicidio.it
33. SUPRE. The WHO worldwide initiative for the prevention of suicide. www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
34. Durkheim E. *Il suicidio*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli, 1987.
35. Berman AL, Jobses AD; American Psychological Association. *Il suicidio nell'adolescenza. Valutazione e intervento*. Roma, Edizioni Scientifiche Magi, 1999.
36. Kreitman N. *Parasuicide*. New York: John Wiley & Sons, 1977.
37. Meneghel G, Corinto B, Pavan C, Pavan L. Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria. *NOOS. Aggiornamenti in Psichiatria* 2004;10:247-56.

