



**BURLO**

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile

Responsabile f.f. : dott. Marco Carrozzi  
Tel. 040/ 3785301 - Fax 040 / 3785544

E-mail: carrozzi@burlo.trieste.it

Trieste 14.08.2006

### **WORKSHOP**

***“Studio sugli atti di autolesionismo e comportamenti suicidari nell’adolescenza, studio delle circostanze di vita”***

*Dott.ssa Renata Aliverti; Dott.ssa Sara Battistutta*

Lo studio nasce dalla constatazione clinica, confermata dalla letteratura esistente, che i comportamenti suicidari e gli atti di autolesionismo in età inferiore ai 18 anni sono un fenomeno frequente e in aumento. Tuttavia le informazioni epidemiologiche, psicologiche e sociali in età evolutiva nella regione FVG sono ancora scarse. Dal momento che spesso in adolescenza il comportamento suicidario può mimetizzarsi, essere scambiato per un incidente o essere “banalizzato”, lo studio punta a promuovere la sensibilizzazione degli operatori sanitari ed educativi per la comprensione dei comportamenti autolesivi o rischiosi al di là dei dichiarati tentati suicidi e la creazione di protocolli di intesa con i servizi specialistici del territorio. Il progetto si è sviluppato in tre direzioni:

#### **1- Rilevazione della incidenza e prevalenza del fenomeno (popolazione scolastica):**

Si sono analizzate le caratteristiche psicologiche (competenze, internalizzazione, esternalizzazione) di 1171 adolescenti della provincia di Trieste e Udine frequentanti il biennio della Scuola Superiore (Liceo Scientifico / Istituto Tecnico-Professionale) per analizzarne la correlazione con i comportamenti autolesivi. A tale scopo è stato utilizzato il questionario Youth Self-Report (YSR) di Achenbach. I questionari, compilati in modo anonimo, sono stati suddivisi in due gruppi (“autolesionismo” vs “controllo”) in base alle risposte agli item 18 (“Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio”) e 91 (“Penso di uccidermi”). 81 questionari (6,9%) sono stati eliminati perché incompleti o inattendibili e risultano pertanto disponibili 1090 questionari. Di questi, 205 hanno riportato risposte positive agli item target: ben il 18,8% dei ragazzi, dunque, riporta di aver attuato negli ultimi 6 mesi un comportamento o pensieri di tipo autolesivo. Essi sono significativamente più numerosi a partire dai 16 anni, mentre diminuiscono progressivamente al calare dell’età; emergono inoltre delle differenze in base alla scuola frequentata, mentre non vi sono differenze per sesso e condizione “figlio unico”. Questi ragazzi si percepiscono con competenze analoghe rispetto agli altri ( $p=0,12$ ) ma riferiscono di andare peggio a scuola ( $p=0,00$ ). Il crollo del rendimento scolastico, le difficoltà di relazione con i coetanei e con i docenti e l’abbandono scolastico sono variabili significative per il rischio suicidario che confermano il valore della prevenzione primaria nelle scuole. I ragazzi del gruppo “autolesionismo” hanno ottenuto punteggi significativamente superiori in tutte le principali scale sindromiche (internalizzante, esternalizzante, né internalizzante né esternalizzante), a testimonianza dello stato di disagio psichico vissuto da questi adolescenti e di uno scarto tra competenze e vulnerabilità intrapsichica.

## **2-Indagine retrospettiva nei Pronto Soccorsi Pediatrici di Udine e Trieste sui casi che hanno avuto accesso a questi servizi dal 2002 al 2005.**

Si sono valutate l'incidenza del tentato suicidio e delle condotte autolesive in età adolescenziale selezionando i casi sulla base del referto di triage e degli elementi anamnestici. Visto che le voci "condotta autolesiva" e "tentato suicidio" tra gli accessi in PS pediatrici sono comparse raramente, nell'indagine si sono utilizzate anche alcune parole chiave (intossicazione alcolica/da farmaci, ingestione/abuso di altre sostanze, precipitazioni, ferite da taglio, incidenti stradali ripetuti) per valutare direttamente ogni comportamento pericoloso che presenti dubbi sulla sua natura. A Trieste (PS pediatrico) sono stati segnalati esplicitamente 23 casi per tentamen e autolesionismo, 8 invece sotto altre voci. A Udine (PS pediatrico e generale) la percentuale si inverte: 3 i casi segnalati per tentamen e autolesionismo, 23 con altre voci. In generale si è quindi constatata la presenza di:

- Diagnosi descrittive incomplete nella valutazione del rischio clinico e interpretazioni di accidentalità dell'evento anche quando pare evidente la condotta autolesiva.
- Sottovalutazione della ricorsività e ripetitività di episodi traumatici o autolesivi di diversa natura.
- Difficoltà organizzative che ostacolano le richieste di consulenza e/o invio al Servizio di NPIA in casi dubbi.

Si è sottolineata inoltre la necessità di una maggiore collaborazione fra i servizi coinvolti attraverso modalità di intervento condivise (discussione dei casi tra pediatri, neuropsichiatri, servizi sociali; breve osservazione congiunta; eventuale prolungamento dei tempi di osservazione in un luogo neutro per la condivisione del progetto di cura).

## **3- Monitoraggio del fenomeno (studio di 9 mesi dei ragazzi che hanno tentato il suicidio, seguiti presso SC di NPI - I.R.C.C.S. Burlo Garofolo Trieste- e NPIA -ASS 4 Medio Friuli-).**

Sono stati raccolti e organizzati i dati emersi dai ricoveri, dall'osservazione temporanea e dai colloqui ambulatoriali e ne è stata studiata la cartella clinica, considerando età, sesso, scolarità, professione dei genitori, condotta autolesiva, stile di vita, diagnosi, trattamento, esito. Sono stati analizzati 32 casi a Trieste e 23 a Udine. Si è osservato che essi provengono da famiglie multiproblematiche (problemi sanitari, sociali, economici, psicologici, intense conflittualità intrafamiliari) e spesso sono andati incontro a fallimenti scolastici ripetuti, profonde delusioni nei rapporti sentimentali, alleanze precarie con i coetanei. Le diagnosi più frequentemente riscontrate sono episodio depressivo, disturbo borderline, disturbo della condotta alimentare, stato d'ansia.

In conclusione dalla ricerca sono emerse alcune difficoltà nell'individuazione/trattamento dei casi di autolesionismo legate alla mancanza di adeguate strategie di intervento che evitino la banalizzazione e il disconoscimento del fenomeno e di procedure che creino una articolazione fra PS e NPI, al fine di poter rilevare, interpretare e aiutare correttamente l'adolescente. Inoltre troppo spesso il passaggio dal PLS al MMG si limita ad una prassi amministrativa e le agenzie sociali e formative possiedono scarse informazioni sui fattori di rischio.

Il progetto corrente prevede la raccolta dei dati (in corso) anche nelle province che l'anno scorso non erano state incluse al fine di ottenere un quadro completo del fenomeno nell'intera regione Friuli Venezia Giulia.

## **GRUPPO DI LAVORO:**

**Responsabile della ricerca:** Dott.ssa Renata Aliverti

### **Collaboratori IRCCS Burlo Garofolo (TS):**

- **SC NPI (responsabile Dott. M. Carrozzì):** Dott.ssa Renata Aliverti (NPI); Dott.ssa Raffaella Devescovi (NPI); Dott.ssa Sara Battistutta (psicologa borsista).
- **SAPS/PRACO:** Dott. Claudio Germani (pediatra); Dott.ssa Alessia Saccari (medico).
- **SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA:** Dott. Luca Ronfani (pediatra); Dott.ssa Marcella Montico (statistico).
- **A.S.S. 1 U.O. B.A. II:** Dott. Danilo Sedmark (psicologo)

**Collaboratori NPIA ASS 4 (UD) (responsabile Dott.ssa S. Cremaschi):** Dott.ssa Silvana Cremaschi (NPI); Dott. Franco Bin (NPI); Dott.ssa Turco Elena (educatrice professionale); Caterina Zanus (laurea in Medicina e Chirurgia); Myriam Panozzo (laurea in Medicina e Chirurgia); Elena Marson (laurea in Medicina e Chirurgia).

Hanno inoltre collaborato agli incontri con i medici di medicina generale Dott. Pavan (medico); Dott. Marini (psicologo); Dott. Zaccuri (psicologo).

*Per eventuali comunicazioni: [aliverti@burlo.trieste.it](mailto:aliverti@burlo.trieste.it)*