

ADOLESCENTI E TENTATO SUICIDIO: UNA FOTOGRAFIA DELLA CASISTICA BRESCIANA

Adolescents and attempted suicide

L. Tagliavento*, I. Cocco*, V. Viganò*, Allievi Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile* ***, G. Allibrio**, S. Battaglia**, V. Famoso**, P. La Boria**, S. Spada**, E. Zanetti**, E. Fazzi** **

* Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università degli Studi di Brescia; ** UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Presidio Ospedale dei Bambini, Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, Italia; *** Gli allievi della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile: G. Andriuolo, B. Brescianini, M. De Simone, S. Guerini, F. Gavazzi, M. Gritti, P. Mattei, A. Merlini, L. Panseca, G. Viola

RIASSUNTO

Il suicidio è una delle principali cause di morte nel mondo e una priorità nella sanità pubblica mondiale; nonostante questo, in letteratura i dati in merito riferiti ad adolescenti e bambini sono molto scarsi. Secondo i dati ISTAT pubblicati nel 2012 l'Italia si colloca tra i Paesi con i più bassi livelli di suicidalità sia a livello europeo che mondiale. In questo studio presentiamo un report descrittivo dei ricoveri per tentato suicidio nel periodo 2011-2014 presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile degli Spedali Civili di Brescia. In totale sono stati presi in considerazione 43 ricoveri, di cui 7 avvenuti nel 2011 (8% sul totale di quelli per patologia psichiatrica), 5 nel 2012 (6%), 18 nel 2013 (16%) e 13 nel 2014 (12,4%). Il numero di ricoveri per tentato suicidio è notevolmente aumentato nel nostro campione, passando dal 7 al 13% dei ricoveri totali per motivi psichiatrici nel nostro reparto. L'età media al momento del ricovero si colloca nel nostro campione intorno ai 16 anni, con una prevalenza del genere femminile. 38 dei ricoveri esaminati (88,4%) hanno fatto seguito a un'ingestione incongrua di farmaci/sostanze chimiche, 4 (9%) a tentativi di defenestrazione o precipitazione (3 di sesso femminile e 1 di sesso maschile) e 1 (2%) a impiccagione (di sesso femminile). Nello studio sono presentate le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche del campione.

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato nel 2014 il primo rapporto globale sulla prevenzione del suicidio "Preventing suicide: a global imperative" ¹, nel quale si invitano i diversi Paesi a delineare e mettere in atto strategie di prevenzione con l'obiettivo di ridurre il numero di suicidi del 10% entro il 2020. Secondo le stime riportate

SUMMARY

Suicide is a leading cause of death and a priority in public health worldwide; despite this, data about this topic reported in scientific literature are very scarce if we consider teenagers and children.

According to ISTAT data published in 2012, Italy is among the countries with the lowest levels of suicidality both in Europe and worldwide.

Our study presents a descriptive report of hospitalizations for attempted suicide in the period 2011-2014 at the Department of Child Neuropsychiatry Unit of Spedali Civili of Brescia. 43 hospitalizations have been taken into account, 7 during 2011 (8% out of the total for psychiatric condition), 5 in 2012 (6%), 18 in 2013 (16%) and 13 in 2014 (12.4%). The index of hospital admissions for attempted suicide has greatly increased in time, from 7 to 13% of total psychiatric admissions in our department. The average age at admission is around 16 years, with a predominance of females. 38 patients (88.4%) were admitted due to ingestion of drugs/chemicals, 4 (9%) due to attempted defenestration or precipitation (3 females and 1 male) and 1 (2%) due to hanging (female). The study shows a description of the specific features of the sample.

nel suddetto rapporto nel 2012 i suicidi nel mondo sono stati 800.000, con un tasso standardizzato pari a 11,4 su 100.000. I dati in letteratura riferiti ad adolescenti e bambini sono molto scarsi. La review "Global trends in teenage suicide" ² riporta i dati dell'OECD (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) relativi al decennio 2003-2014, dai quali si evince che nel mondo il numero totale di suicidi tra gli adolescenti si è ridotto o è rimasto

PAROLE CHIAVE

Tentato suicidio - Suicidalità - Adolescenza - Fattori di rischio - Prevenzione

KEY WORDS

Suicide attempt - Suicidality - Adolescence - Risk factors - Prevention

stabile pressoché in tutti i Paesi (fatta eccezione per i Paesi dell'Est Europa). Nell'analisi del campione effettuata per fasce d'età, gli Autori evidenziano inoltre che a livello globale il numero di suicidi aumenta all'aumentare dell'età tra i 15 e i 19 anni per poi stabilizzarsi nella prima età adulta. La prevalenza di ideazione suicidaria nel corso della vita è stimata nel mondo tra il 12,1 e il 29,9%; negli Stati Uniti la prevalenza è < 1% sotto i 10 anni e tende ad aumentare in particolare tra i 12 e i 17 anni. In Europa diversi studi mostrano una prevalenza di comportamenti autolesivi del 27,6% (su 11 Paesi) e di ideazione suicidaria del 7,4%. La frequenza di tentati suicidi al di sotto dei 12 anni è < 1%, aumenta verso i 15 anni e più gradualmente fino ai 17 anni d'età. Tale incremento è riconducibile a un aumento della prevalenza di psicopatologia.

Secondo i dati ISTAT pubblicati nel 2012 l'Italia si colloca tra i Paesi con i più bassi livelli di suicidalità sia a livello europeo che mondiale, confermando il trend già evidenziato negli anni precedenti al 2010^{3,4}. Tra il 1993 e il 2009 la mortalità è diminuita significativamente passando da 8,3 a 6,7 suicidi ogni 100.000 abitanti; dai dati emerge che la propensione al suicidio è maggiore tra la popolazione maschile e cresce con l'aumentare dell'età.

Nello specifico, nel 2010 i casi di suicidio e di tentato suicidio sono stati rispettivamente 3048 e 3101. Andando a selezionare i dati relativi agli adolescenti, i casi di suicidio sono stati 19 (0,6%) nella fascia d'età tra i 14 e i 17 anni e 5 (0,16%) nella fascia d'età inferiore. I tentati suicidi invece sono stati rispettivamente 80 (2,5%) e 12 (0,38%). Suddividendo tali dati per regione vediamo come vi sia una netta prevalenza nel Nord Italia sia per suicidi che per tentati suicidi. I dati riferiti al 2012 vedono nel suicidio la seconda causa di morte nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 24 anni (subito dopo gli incidenti di trasporto), con un totale di 179 decessi tra i maschi, 15% del totale, e 44 tra le femmine, 10% del totale. Tali dati non sono purtroppo confrontabili in termini quantitativi con quelli riferiti al 2010, perché la fascia d'età descritta non è sovrapponibile. L'ultimo studio longitudinale rispetto all'incidenza di suicidi nella popolazione italiana riguarda la fascia d'età compresa fra i 10 e i 17 anni⁵; tale studio mette in evidenza come nel periodo esaminato (dal 1973 al 2008) vi sia stata una drastica riduzione delle morti per tutte le cause, eccetto che per suicidio. Nei maschi il numero di decessi per suicidio è passato dall'1,7% del totale delle morti nel triennio 1971-73 al 5% nel triennio 2006-2008; nelle femmine rispettivamente dal 2,5% al 4% del totale. In termini generali si evidenzia un incremento negli anni 1992-94 e una successiva riduzione più evidente nella popolazione maschile che in quella femminile⁵.

Questo studio retrospettivo si propone di descrivere i riko-

veri per tentato suicidio avvenuti nel periodo 2011-2014 presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile degli Spedali Civili di Brescia, reparto su cui converge il bacino d'utenza riferibile alla Lombardia orientale, che comprende le province di Brescia, Bergamo, Mantova e Cremona (154.407 abitanti tra i 10-14 anni e 148.833 abitanti tra i 15 e i 19 anni al 2015).

METODO

Le informazioni sono state tratte da una banca dati costruita a partire dalla documentazione raccolta nelle cartelle cliniche dei pazienti durante il ricovero. Per la maggior parte dei pazienti è stato inoltre possibile estendere l'analisi alla storia clinica precedente o successiva allo specifico ricovero in esame attraverso la consultazione dell'archivio informatico del nostro ospedale.

Nella selezione dei pazienti abbiamo considerato esclusivamente quelli che all'ingresso in ospedale presentavano come motivo del ricovero un "tentato suicidio" secondo i criteri del DSM V; non sono stati selezionati i casi in cui il ricovero è stato determinato da "ideazione suicidaria o comportamenti suicidari".

Sono stati considerati i dati anagrafici (età, sesso, etnia, territorio di appartenenza), la durata del ricovero, la familiarità dichiarata per patologie psichiatriche, per tentato suicidio o suicidio, il livello di suicidalità precedente il ricovero (intesa come presenza di pensieri di morte e/o di ideazione suicidaria e di eventuali tentativi pregressi) e le modalità del gesto; inoltre, sono stati raccolti i dati relativi all'eventuale presa in carico di tipo psicologico/neuropsichiatrico precedente il ricovero – con o senza indicazione alla terapia farmacologica – e all'outcome del ricovero stesso, inteso come inizio/prosecuzione della presa in carico del minore, provvedimenti attuati a livello familiare e sociale, caratteristiche della dimissione (ritorno al domicilio o meno).

Per le variabili qualitative sono state calcolate le frequenze assolute e relative; delle variabili quantitative sono state calcolate media e deviazione standard. I dati sono stati analizzati tramite i programmi Microsoft Excel e SPSS ver 20.0.

RISULTATI

Descrizione del campione (Tab. I)

Sono stati presi in considerazione 43 ricoveri per TS, di cui 7 avvenuti nel 2011 (8% sul totale dei nostri ricoveri per patologia psichiatrica), 5 nel 2012 (6%), 18 nel 2013

TAB. I. Descrizione del campione.

	Totale ricoveri psichiatrici	Ricoveri tentato suicidio	% ricoveri tentato suicidio	Femmine (n. ricoveri)	Maschi (n. ricoveri)	Età media al ricovero F	Età media al ricovero M	Età media al ricovero MF	Italiani	Prima generazione	Seconda generazione
2011	89	7	7,87	7 (100%)	0	15,88	-	15,88	-	-	-
2012	84	5	5,95	3 (60%)	2	14,86	16,29	15,43	4 (80%)	1 (20%)	0
2013	110	18	16,36	14 (78%)	4	16,03	16,15	16,06	12 (67%)	2 (11%)	4 (22%)
2014	105	13	12,38	11 (85%)	2	16,12	16,55	16,19	7 (50%)	1 (7%)	6 (43%)
Tot				35	8	15,72	16,33	15,99			

(16%) e 13 nel 2014 (12,4%) per un totale di 39 pazienti; 4 pazienti hanno reiterato il gesto durante il periodo preso in esame, giungendo a un secondo ricovero presso il medesimo reparto, mentre una quinta paziente è stata ricoverata una seconda volta per un verosimile tentato suicidio in un diverso reparto (passaggio di competenza per età) pertanto compare una sola volta nel database.

Età

L'età del campione di pazienti selezionato è compresa all'interno di un intervallo tra un minimo di 13 anni e 7 mesi e un massimo di 17 anni e 8 mesi (media: 15,99; DS: 1,22).

Genere

Per quanto riguarda le differenze di genere, vi è una maggiore percentuale di pazienti di sesso femminile, con valori che vanno dal 100% del 2011 all'85% del 2014.

Immigrati di prima e seconda generazione

I dati riferiti all'origine e alla provenienza dei pazienti sono disponibili solo per il triennio 2012-2014. A tal proposito abbiamo suddiviso i pazienti in tre categorie: italiani (nati in Italia da genitori nati in Italia), immigrati di prima generazione (nati all'estero e immigrati in Italia) e immigrati di seconda generazione (nati in Italia da immigrati di prima generazione). I risultati mostrano un aumento in percentuale degli stranieri, con 1 immigrato di prima generazione nel 2012 (20%), 2 immigrati di prima generazione (11%) e 4 di seconda generazione (22%) nel 2013, 1 di prima generazione (7%) e 6 di seconda generazione (42%) nel 2014.

Familiarità psichiatrica e per suicidalità

21 pazienti su 39 presentano una familiarità positiva per patologia psichiatrica di qualsiasi tipo ed entità (54%), mentre solo 6 presentano familiarità per suicidio o suicidalità (15%); una familiarità positiva globalmente intesa è presente nel 59% dei pazienti.

Precedente suicidalità o TS

4 pazienti (9,3%) sono stati ricoverati due volte per tentato suicidio nel periodo in esame. In altri 17 casi (39,5%) il paziente aveva presentato ideazione suicidaria e/o pensieri di morte nel periodo precedente il ricovero, mentre pregressi episodi di autolesionismo sono stati descritti in 13 pazienti (33,3%); in 6 pazienti (15,4%), tutti ricoverati tra il 2013 e il 2014, è stato riscontrato uso non occasionale di sostanze stupefacenti (prevalentemente cannabinoidi). In 25 casi (58,1%) vi era una presa in carico precedente il ricovero (neuropsichiatrica o psicologica); tra questi, in 14 casi era già in atto anche una terapia farmacologica.

Modalità

38 dei ricoveri esaminati (88,4%) hanno fatto seguito a un'ingestione incongrua di farmaci/sostanze chimiche, 4 (9%) a tentativi di defenestrazione o precipitazione (3 di sesso femminile e 1 di sesso maschile) e 1 (2%) a impiccagione (di sesso femminile).

Caratteristiche della dimissione

La durata media del ricovero è stata di circa 19 giorni; alla dimissione dal nostro reparto il 61,9% dei ragazzi sono rientrati con i genitori al domicilio, nella maggior parte dei casi con indicazione a una presa in carico multidisciplinare (neuropsichiatrica e psicologica). In 1 caso è stata effettuata anche la segnalazione del minore al SERT. Una terapia farmacologica è stata prescritta in quasi la metà dei casi, con SSRI e BDZ come classi di farmaci più utilizzati.

20 pazienti sono stati dimessi con una diagnosi di disturbo dell'umore, che nella maggior parte dei casi (70%) era associato a un'altra patologia psichiatrica in comorbilità, prevalentemente disturbi di ansia (30%), del comportamento alimentare (25%) e di personalità (20%), seguiti dal disturbo della condotta (5%). 4 pazienti sono risultati affetti da disabilità intellettiva: 3 di essi hanno soddisfatto i criteri per almeno una diagnosi psichiatrica in associazione; 1 di

questi pazienti appartiene al sottogruppo che ha avuto due accessi per tentato suicidio.

Nel periodo in esame tra i pazienti del campione analizzato non si è verificato nessun suicidio riuscito, né durante il ricovero né dopo la dimissione.

DISCUSSIONE

Il tasso dei ricoveri per tentato suicidio è aumentato nel nostro campione in maniera evidente, passando dal 7 al 13% dei ricoveri totali per motivi psichiatrici nel nostro reparto (Fig. 1).

L'età media al momento del ricovero si colloca intorno ai 16 anni, senza sostanziali differenze di genere né modificazioni nel corso del tempo. L'indice di dispersione del dato di età anagrafica al momento del ricovero appare basso, a indicare che pazienti ricoverati con diagnosi di tentato suicidio si concentrano nell'età adolescenziale piuttosto che in quella preadolescenziale. Nel nostro campione solo in 10 ricoveri (23,3%) i pazienti avevano un'età inferiore ai 15 anni al momento dell'ingresso in reparto, e in nessuno un'età inferiore ai 13 anni; non pare inoltre essere dimostrabile un trend in aumento in questa fascia d'età, diversamente da quanto segnalato in letteratura.

In tutto il periodo in esame vi è una prevalenza del genere femminile, pur senza un trend significativo; tale dato è in linea con le statistiche presenti in letteratura: tentati suicidi e suicidalità sono maggiori nel genere femminile, mentre il tasso di suicidi compiuti è maggiore nel genere maschile (è il cosiddetto "paradosso di genere").

La tendenza al ricorso al suicidio, i fattori protettivi rispetto a tale gesto e le modalità con cui esso viene

messo in atto sono inoltre certamente influenzate da variabili etnico-culturali². Nel nostro campione non è possibile effettuare inferenze rispetto a tale dato a causa dell'esiguo numero di pazienti stranieri, pur potendo osservare un aumento della percentuale di immigrati di seconda generazione: è generalmente riconosciuto come la perdita dei riferimenti socio-culturali nella popolazione immigrata, le difficoltà di integrazione e la sensazione di isolamento sociale nei giovani di seconda generazione, talvolta associati a relazioni conflittuali con le proprie famiglie d'origine, comportino un notevole stress che rappresenta un forte fattore di vulnerabilità in questi specifici gruppi di popolazione⁶. I nostri dati, seppure con le limitazioni sopradescritte, confermano un aumento del numero di immigrati di seconda generazione tra i pazienti ricoverati per TS. Elemento confondente potrebbe essere l'aumento degli immigrati di seconda generazione nella popolazione generale, che però risulta essere comunque inferiore a quello descritto nella nostra casistica (la percentuale della popolazione straniera nella provincia di Brescia è sostanzialmente stabile, passando dal 13,6% del totale del 2011 al 13,4% nel 2012).

L'elevata percentuale di pazienti con *familiarità* psichiatrica (53%) conferma la grande rilevanza di tale dato anamnestico: una familiarità positiva per disagio mentale e/o suicidio rappresenta infatti uno dei maggiori fattori di rischio condizionanti suicidalità, secondo solo alla presenza di disagio mentale nel paziente stesso. A questo proposito in letteratura è riportato come la presenza di patologia psichiatrica aumenti in modo considerevole il rischio di suicidio e di comportamento suicidario: le principali review sistematiche mostrano come 87-90% dei pazienti presentano patologie psichiatriche maggiori al momento del suicidio^{10 11}.

Per quanto riguarda le *modalità* del gesto, nel documento recentemente emanato dalla WHO "Preventing suicide: a global imperative" viene messo in particolare evidenza come un'efficace prevenzione del suicidio e del tentato suicidio debba prevedere la restrizione all'accesso dei mezzi più comunemente utilizzati quali sostanze chimiche di uso quotidiano, oggetti infiammabili e farmaci, l'impiego dei quali rappresenta anche nella casistica da noi analizzata la modalità di gran lunga più attuata.

4 dei ricoveri presi in esame (9,3%) sono avvenuti per una reiterazione del tentativo di suicidio e 17 pazienti (39,5%) avevano presentato ideazione suicidaria e/o pensieri di morte nel periodo precedente il ricovero. Nella popolazione generale un pregresso tentato suicidio viene

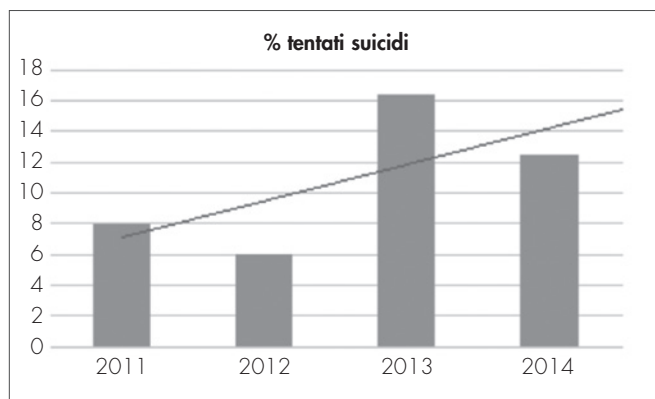


Fig. 1. Andamento ricoveri per tentato suicidio 2011-2014.

considerato essere il singolo fattore di rischio di maggiore impatto rispetto alla possibilità di ripetere il gesto¹²; i nostri dati sembrano quindi confermare la necessità di un attento monitoraggio e follow-up in pazienti con precedenti ideazione/agiti suicidari^{8,9}.

Un altro spunto interessante che emerge dalla letteratura riguarda il fatto che l'abuso di sostanze e di alcol, specialmente se in età pre-adolescenziale, è un significativo fattore di rischio per ideazione suicidaria e tentato suicidio¹³; in particolare, pazienti di età < 13 anni con una storia di abuso alcolico hanno un rischio doppio di suicidio rispetto a pazienti con la stessa storia di età > 18 anni o pazienti che non hanno riportato episodi di abuso alcolico. Nel periodo analizzato è stato riscontrato uso non occasionale di alcolici/sostanze in 6 pazienti (15,4%); tale dato non è però completamente attendibile nella nostra casistica e potrebbe essere sottostimato, in quanto non sempre sono stati effettuati esami di laboratorio di conferma.

Anche l'informazione riguardante la durata media del ricovero risulta difficilmente interpretabile a causa dell'ampia dispersione del dato.

CONCLUSIONI

I dati attualmente disponibili sull'incidenza di suicidi, tentati suicidi e suicidalità in Italia sono riferiti a un lasso di tempo che comprende solo in parte quello preso in esame in questo studio, in quanto i dati ISTAT più recenti sono riferiti al 2012. Per tale motivo non è possibile confrontare la nostra casistica con i trend nazionali, ma solo con i dati globali riportati nelle review internazionali; tuttavia è possibile estrapolare alcune considerazioni generali.

Questo studio mostra che nel nostro campione negli ultimi 4 anni il numero di ricoveri per tentato suicidio è aumentato, sia in assoluto che sul totale dei ricoveri per patologia psichiatrica; tale dato è in continuità con il crescente aumento della prevalenza di tentati suicidi e comportamenti suicidari in adolescenza e conferma la necessità di una maggiore attenzione al problema; ciò tenuto conto anche del fatto che la nostra casistica, essendo limitata solo ai casi pervenuti alla realtà ospedaliera ed escludendo quindi i casi di pazienti seguiti dai servizi territoriali o senza alcuna presa in carico, verosimilmente sottostima il reale dato dei tentati suicidi.

Si conferma il dato della precedente suicidalità come fattore di rischio per successivi agiti autolesivi, aspetto di fondamentale importanza che invita a proseguire nella ricerca di strumenti adeguati e omogenei di individuazione

e valutazione del rischio.

A differenza di quanto riportato nelle casistiche internazionali, invece, nel nostro campione si evidenzia una sostanziale costanza del dato dell'età, che si mantiene sempre intorno ai 16 anni: sarebbe opportuno a tal proposito aprire un confronto con altre realtà italiane per verificare se si tratti di un'anomalia limitata alla nostra casistica o se tale caratteristica si possa estendere al resto del territorio nazionale.

Infine la presenza di un significativo numero di immigrati di seconda generazione nel campione conferma che si tratta di una fascia di popolazione a rischio ed evidenzia l'esigenza di fornire risposte assistenziali capaci di coglierne e comprenderne i bisogni specifici.

Bibliografia

- 1 WHO. *Preventing suicide: a global imperative*. 2014. ISBN: 978 92 4 156477 9
- 2 McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. *Global trends in teenage suicide: 2003-2014*. QJM 2015 Jan 31 (Epub).
- 3 ISTAT. *Le principali cause di morte in Italia*. 2014
- 4 ISTAT. *Suicidi in Italia*. 2012.
- 5 Pompili M, Vichi M, De Leo D, et al. *A longitudinal epidemiological comparison of suicide and other causes of death in Italian children and adolescents*. Eur Child Adolesc Psych 2012;21:111-21.
- 6 Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. *Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study*. BMJ 2002;325:74.
- 7 Crepeau-Hobson MF, Leech NL. *The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: a critical review of the literature*. Suicide Life Threat Behav 2014;44:58-77.
- 8 Jouglu E, Pequignot F, Chappert J, et al. *Quality of suicide mortality data*. Rev Epidemiol Sante Publique 2002;50:49-62.
- 9 Krysinska KE. *Loss by suicide. A risk factor for suicidal behavior*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2003;41:34-41.
- 10 Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. *Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis*. BMC Psych 2004;4:37.
- 11 Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, et al. *Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence*. Am J Orthopsych 2005;75:676-83.
- 12 Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. *Adolescent suicide and*

suicidal behavior. J Child Psychol Psych 2006;47:372-94.

¹³Swahn MH, Bossarte RM. *Gender, early alcohol use,*

and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. J Adolesc Health 2007;41:175-81.

CORRISPONDENZA

Lucia Tagliavento, Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università degli Studi di Brescia, piazzale Spedali Civili 1, 25123 Brescia -
Tel. +39 030 3995721 - E-mail: lucia_tgl@libero.it