

Silvano Bertelloni (Pisa), Giuseppe Raiola (Catanzaro), Piernicola Garofalo (Palermo), Michele De Simone (L'Aquila), Salvatore Chiavetta, (Palermo), Giampaolo De Luca (Cosenza), Domenico Lombardi (Lucca), Leopoldo Ruggiero (Lecce)

Premessa

Come recenti fatti di cronaca tristemente dimostrano, il suicidio è uno dei principali problemi di salute in età adolescenziale, rappresentando una delle prime cause di morte in questa fascia di età. Se si considera poi che molti incidenti, prima causa di morte in adolescenza, possono essere riconducibili a condotte che nascondono una intenzionalità suicida aria inconsapevole, il suicidio e i comportamenti suicidari sono probabilmente causa di morte più frequente in adolescenza. Sebbene non tutti i suicidi adolescenziali siano prevenibili, risulta tuttavia fondamentale che il pediatra e il medico in generale sappiano individuare i soggetti a rischio.

Aspetti epidemiologici

Il suicidio e il tentato suicidio (TS) sono rari in età prepubere, mentre la loro frequenza aumenta tra i 12 e i 14 anni e soprattutto in tarda adolescenza tra i 15 e i 19 anni. In Italia, recenti dati (anni 1970-2002) hanno dimostrato:

- un tasso di suicidio pari a 2.5/100.000 adolescenti di età 15-19 anni;
- una significativa differenza tra le varie aree geografiche del paese (Nord: 2.63/100.000, Centro: 2.07/100.00; Sud: 2.19/100.00);
- un rapporto maschi/femmine pari a 2.1/1.0;
- un progressivo incremento del tasso di suicidio negli adolescenti maschi (1970-'72: 2.8/100.000; 2000-'02: 3.4/100.000; Δ : +21%) evidente in tutte le regioni;
- un progressivo decremento del tasso di suicidio nelle adolescenti femmine (1970-'72: 2.4/100.000; 2000-'02: 1.3/100.000; Δ : -46%), più evidente nelle regioni del sud.

Mezzi suicidari

I principali metodi utilizzati dagli adolescenti italiani per commettere un suicidio (anni 2000-2002) sono riportati in tabella.

Maschi (n = 157)		Femmine (n = 57)	
Metodo	% (anni 2000-2002)	Metodo	%
Impiccagione	47.8	Gettarsi nel vuoto	49.1
Uso di armi da fuoco	19.7	Impiccagione	26.3
Gettarsi nel vuoto	17.8	Uso di armi da fuoco	14.0
Avvelenamento	3.2	Avvelenamento	1.8
Altro	11.5	Altro	8.8

¹Elaborato, discusso ed approvato dal Consiglio Direttivo SIMA in data 28 aprile 2009

Fattori di rischio

L'analisi dei soggetti che hanno compiuto un suicidio, mediante interviste di familiari, amici, insegnanti, conoscenti e revisione delle cartelle cliniche – se presenti – ha messo in evidenza che sono presenti aspetti sociali o disturbi neuropsichiatrici che devono rappresentare dei sintomi di allarme, tra cui:

- situazioni familiari disgregate e/o discordie/conflittualità tra i genitori;
- conflitti con i genitori e/o all'interno di un rapporto affettivo;
- abuso fisico o sessuale;
- morte precoce di un genitore;
- disturbi psichiatrici nei familiari, compreso abuso di alcol/droghe nei padri e depressione, tentativi di suicidio e atti auto lesivi nelle madri;
- disturbi psichiatrici nell'adolescente, le cosiddette "autopsie psicologiche", valutazione retrospettiva degli adolescenti morti per suicidio, hanno suggerito che in oltre il 90% dei casi era presente un qualche disturbo psichiatrico. Il disturbo più frequente in ambedue i sessi è la depressione; nei maschi può essere presente un disturbo della condotta e/o un'abuso di sostanze;
- aspetti personalologici: impulsività, scarsa tolleranza alla frustrazione, incapacità a posticipare le azioni, difficoltà a trovare soluzioni alternative ai problemi, incapacità di compiere valutazioni oggettive di atti estremi;
- contatto con modelli di suicidio o di tentato suicidio;
- minacce o comportamenti suicidari nei giorni/ore precedenti il suicidio;
- disponibilità dei mezzi per commettere il suicidio.

Sebbene rimanga da definire completamente il ruolo della terapia con inibitori selettivi del "re-uptake" della serotonina, recenti metanalisi suggeriscono che l'uso di farmaci aumenti specificatamente il rischio di suicidio in età adolescenziale.

Fattori precipitanti

Il suicidio avviene usualmente in un ambito temporale strettamente legato a un fattore precipitante, spesso apparentemente banale ma che ha un potenziale traumatico di rilievo per il soggetto. I principali eventi precipitanti (= problema irrisolvibile) sono rappresentati da:

- crisi disciplinare: problemi con la scuola, scoperta di insuccesso scolastico da parte dei genitori, guai giuridici;
- problemi con i genitori;
- delusioni amorose o rottura di una relazione ritenuta insostituibile.

Il problema dei tentati suicidi

Il *tentato suicidio* è un evento molto più frequente del suicidio e al contrario di questo molto più frequente nelle adolescenti (rapporto femmine/maschi = 2-4/1). Il concetto di atto "dimostrativo" (e dunque di non preoccupante della intenzione suicidaria) è stato oggi abbandonato per cui chi mette in atto una condotta suicidaria è una persona con nuclei depressivi ben al di là del sentimento depressivo fisiologico dell'adolescenza, presentandosi come personalità schizoidi o psicopatiche con nuclei depressivi. Alcuni dati indicano che circa il 10% degli adolescenti che hanno tentato un suicidio moriranno di morte violenta entro i 10 anni successivi. La possibilità di osservare stati problematici che nel tempo precedono il tentativo di suicidio potrebbe essere utile, ma ovviamente è molto

difficile e spesso il giudizio può essere ricostruito solo a posteriori. Possono essere segnalati un sentimento di solitudine, un peggioramento dei risultati scolastici, un improvviso cambio di abitudini. Spesso, dopo un tentato suicidio, genitori, familiari e talvolta anche gli stessi medici del Pronto Soccorso possono tentare di banalizzare il gesto per ridurre inquietudini e senso di colpa: occorre invece riconoscere il valore distruttivo del gesto e il fatto che un atto di questo genere rappresenta sempre un “momento psicotico”.

Valutazione clinica

Tutti gli adolescenti che hanno manifestato intenzioni suicide o hanno fatto un tentativo di suicidio dovrebbero essere attentamente e obbligatoriamente valutati sul piano psico-sociale e psichiatrico da parte di specialisti. Le aree da esplorare sono:

- circostanze del tentato suicidio e gravità dell'intenzione suicida;
- fattori precipitanti;
- fattori di rischio;
- atteggiamento del soggetto e della famiglia verso l'aiuto professionale.

Una ospedalizzazione non troppo lunga in ambito neuropsichiatrico infantile, dove sia possibile condurre una osservazione somatica e psicologica, può essere consigliabile anche perché permette di esplorare, insieme al ragazzo e ai suoi genitori, la presenza di quei meccanismi che mirano al diniego degli stati di sofferenza.

Condotta da tenere e indicazioni terapeutiche

Proprio per la necessità di tempo atto a far comprendere a fondo una dimensione psicopatologica mascherata e a permettere al ragazzo di riconoscere i propri funzionamenti psichici, occorre una “presa in carico psicoterapica” che accompagni a lungo ragazzo e familiari. Essa è anche il miglior intervento preventivo possibile sulle recidive, che sono tra i segnali maggiori di un rischio suicidario reale, tendono a divenire di volta in volta più gravi.

Lettere consigliate

- Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*. 2009; 180: 291-297.
- Bursztein C, Apter A. Adolescent suicide. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22: 1-6
- Muratori F. Suicidio e comportamenti suicidari. In: De Sanctis V (ed): *Manuale di Adolescentologia*. Pacini Editore, 2002; Pisa: pp.224-228.
- Neri F. Suicidio e tentato suicidio in adolescenza. In: Burgio GR, Notarangelo A, Martini A (eds) *Pediatria essenziale*; 2009: in stampa.
- Pompili M, Masocco M, Vichi M, Lester D, Innamorati M, Tatarelli R, Vanacore N. Suicide among Italian adolescents: 1970-2002. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Mar 17. [Epub ahead of print]
- Shain BN; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007; 120: 669-676.