

# PRESENTAZIONE DELLA RICERCA SUI DATI DI AUTOLESIONISMO E TENTATIVI DI SUICIDIO E PROPOSTA DI APPROCCIO METODOLOGICO

Dott.ssa Sara Battistutta  
Dott.ssa Caterina Zanus  
Dott.ssa Renata Aliverti  
Dott.ssa Silvana Cremaschi \*  
Dott. Marco Carrozzi

SC di Neuropsichiatria Infantile e Neurologia Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo

\* Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASS 4 Medio Friuli

# Premesse

- Il suicidio è la **terza causa di morte** per la fascia di età 15-24 anni
- La frequenza del **tentato suicidio** in gran parte dei paesi occidentali è **in aumento**
- Il tentato suicidio è il **principale fattore predittivo** per il suicidio
- I **dati** in merito sono scarsi e poco omogenei

# Obiettivi del progetto

1. **Stimare la prevalenza** di autolesionismo e tentato suicidio in adolescenza nella regione Friuli Venezia Giulia
2. **Descrivere le caratteristiche** del fenomeno
3. Individuare adeguate **strategie** di intervento:
  - ➔ gestione
  - ➔ monitoraggio
  - ➔ prevenzione

# Possibili approcci allo studio del problema

A) Analisi degli accessi  
alle **strutture sanitarie**

B) Somministrazione di  
questionari  
(**popolazione generale**)

## limiti

*! Spesso i comportamenti suicidari non sono gravati da conseguenze sanitarie tali da condurre il soggetto all'attenzione medica*

*! Spesso il gesto non viene dichiarato/riconosciuto (esperienza di effetto sensibilizzazione)*

**SOTTOSTIMA**

*! Si tratta di informazioni riferite: non è possibile conoscere l'evoluzione dell'ideazione*

**SOVRASTIMA**

A) Analisi degli accessi alle  
strutture sanitarie

**SOTTOSTIMA**

**Tasso di prevalenza europeo  
(Studio Multicentrico OMS):**

- 314 per 100000 in Finlandia
- 45 per 100000 in Spagna

Media europea per la fascia 15-19anni:

Maschi: 106,9 per 100000

Femmine: 291,8 per 100000

B) Somministrazione di  
questionari self report  
(popolazione generale)

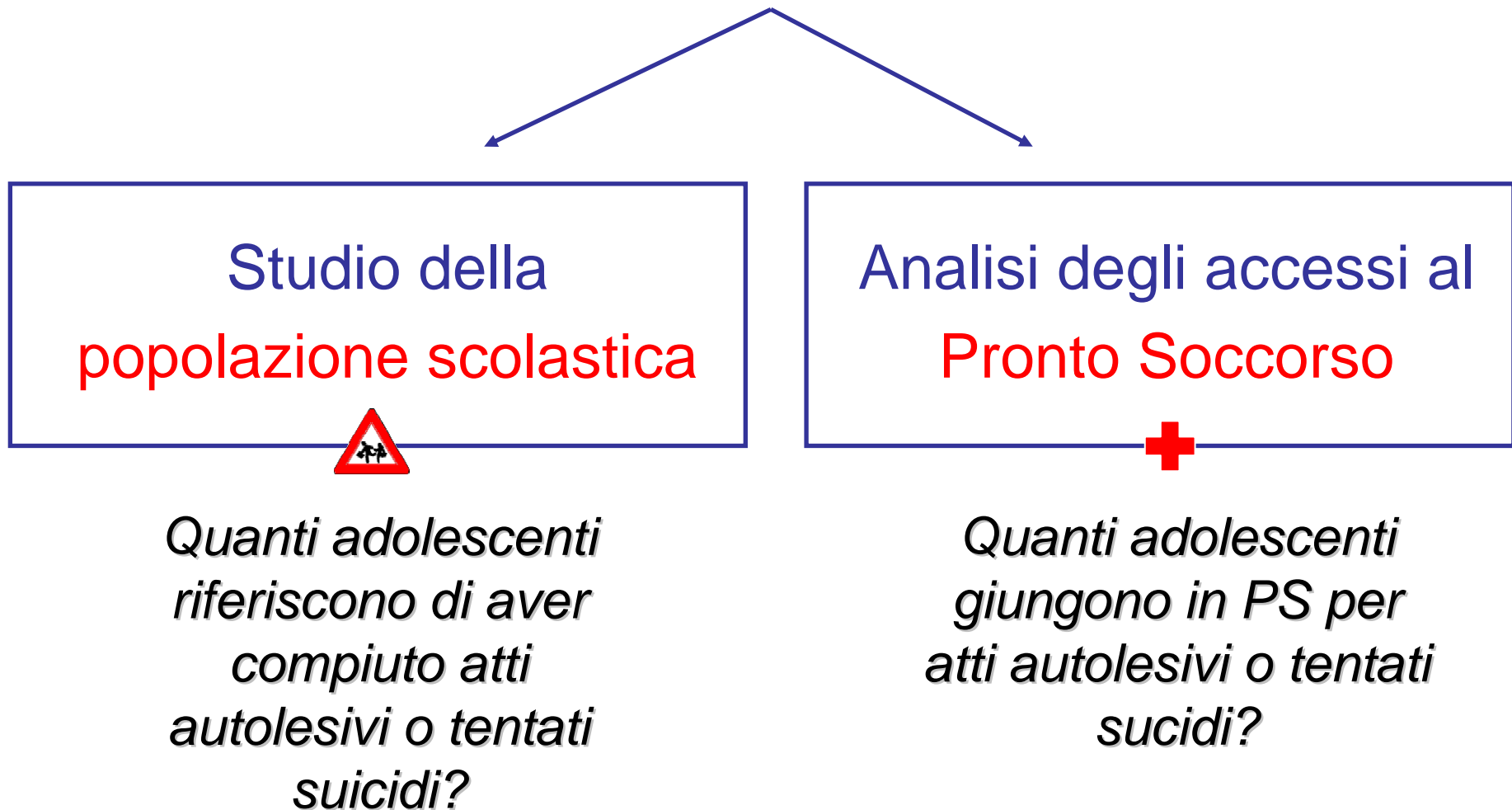
**SOVRASTIMA**

Dati disomogenei (per i tipi  
di questionario utilizzati)

Percentuali di pensieri  
suicidari variabili da 2 a 19%

Difficile determinazione della  
reale incidenza di agiti

# Il progetto





## POPOLAZIONE SCOLASTICA

**1090** adolescenti

558 M, 532 F

età media 15 anni  
(biennio delle scuole superiori)

Somministrazione di un QUESTIONARIO ANONIMO SELF-REPORT  
(Youth Self Report -Achenbach)

Questionario di screening (informazioni su adattamento,  
competenze, problemi comportamentali ed emotivi)

Risultato in punteggi relativi a varie scale che vengono  
confrontati con valori soglia di riferimento



# YSR PROFILE FOR BOYS & GIRLS — SYNDROME SCALES

Name \_\_\_\_\_

T	Internalizing								Externalizing								T
	Boys		Girls		Boys		Girls		Boys		Girls		Boys		Girls		
100	26	26	16	16	20	20	22	22	24	24	18	18	30	30	34	34	100
95	25	25	15	15	19	19	21	21	23	23	17	17	29	29	33	33	95
90	24	24	14	14	18	18	20	20	22	22	16	16	28	28	32	32	90
85	23	23	13	13	17	17	19	19	21	21	15	15	27	27	31	31	85
80	22	22	12	12	16	16	18	18	20	20	14	14	26	26	30	30	80
75	21	21	11	11	15	15	17	17	19	19	13	13	25	25	29	29	75
70	20	20	10	10	14	14	16	16	18	18	12	12	24	24	28	28	70
65	19	19	9	9	13	13	15	15	17	17	11	11	23	23	27	27	65
60	18	18	8	8	12	12	14	14	16	16	10	10	22	22	26	26	60
55	17	17	7	7	11	11	13	13	15	15	9	9	21	21	25	25	55
50	16	16	6	6	10	10	12	12	14	14	8	8	20	20	24	24	50
45	15	15	5	5	9	9	11	11	13	13	7	7	19	19	23	23	45
40	14	14	4	4	8	8	10	10	12	12	6	6	18	18	22	22	40
35	13	13	3	3	7	7	9	9	11	11	5	5	17	17	21	21	35
30	12	12	2	2	6	6	8	8	10	10	4	4	16	16	20	20	30
25	11	11	1	1	5	5	7	7	9	9	3	3	15	15	19	19	25
20	10	10	0	0	4	4	6	6	8	8	2	2	14	14	18	18	20
15	9	9	<0.1	<0.1	3	3	5	5	7	7	1	1	13	13	17	17	15
10	8	8	<0.1	<0.1	2	2	4	4	6	6	0	0	12	12	16	16	10
5	7	7	<0.1	<0.1	1	1	3	3	5	5	<0.1	<0.1	11	11	15	15	5
0	6	6	<0.1	<0.1	0	0	2	2	4	4	<0.1	<0.1	10	10	14	14	0
<50	5	5	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	1	1	3	3	<0.1	<0.1	9	9	13	13	<50
<45	4	4	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	2	2	<0.1	<0.1	8	8	12	12	<45
<40	3	3	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	1	1	<0.1	<0.1	7	7	11	11	<40
<35	2	2	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	6	6	10	10	<35
<30	1	1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	5	5	9	9	<30
<25	0	0	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	4	4	8	8	<25
<20	0	0	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	3	3	7	7	<20
<15	0	0	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	2	2	6	6	<15
<10	0	0	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	1	1	5	5	<10
<5	0	0	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	0	0	4	4	<5
<0	0	0	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0	0	0	0	<0.1	<0.1	0	0	3	3	<0

**Sindrome internalizzante**

**Altri problemi**

**Sindrome esternalizzante**

ID# \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_

Date YSR filled out: \_\_\_\_\_

**Computations**

Scale I \_\_\_\_\_

II \_\_\_\_\_

+ III \_\_\_\_\_ T

Internal (a)

Scale VII \_\_\_\_\_

+ VIII \_\_\_\_\_ T

External (b)

Scale IV \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_

VI \_\_\_\_\_

+ Other Probs \_\_\_\_\_

(c)

Sum (a) + (b) + (c): T

Total

- I. ANXIOUS/DEPRESSED**
- \_\_\_ 14. Cries a lot
  - \_\_\_ 29. Fears
  - \_\_\_ 30. Fears school
  - \_\_\_ 31. Fears doing bad
  - \_\_\_ 32. Must be perfect
  - \_\_\_ 33. Feels unloved
  - \_\_\_ 35. Feels worthless
  - \_\_\_ 45. Nervous
  - \_\_\_ 50. Fearful
  - \_\_\_ 52. Feels too guilty
  - \_\_\_ 71. Self-conscious
  - \_\_\_ 91. Thinks of suicide
  - \_\_\_ 112. Worries
  - \_\_\_ Total

- II. WITHDRAWN/DEPRESSED**
- \_\_\_ 5. Enjoys little
  - \_\_\_ 42. Rather be alone
  - \_\_\_ 65. Won't talk
  - \_\_\_ 69. Secretive
  - \_\_\_ 75. Shy, timid
  - \_\_\_ 102. Lacks energy
  - \_\_\_ 103. Sad
  - \_\_\_ 111. Withdrawn
  - \_\_\_ Total

- III. SOMATIC COMPLAINTS**
- \_\_\_ 47. Nightmares
  - \_\_\_ 51. Feels dizzy
  - \_\_\_ 54. Overtired
  - \_\_\_ 56a. Aches
  - \_\_\_ 56b. Headaches
  - \_\_\_ 56c. Nausea
  - \_\_\_ 56d. Eye probs.
  - \_\_\_ 56e. Skin probs.
  - \_\_\_ 56f. Stomach
  - \_\_\_ 56g. Vomiting
  - \_\_\_ Total

- IV. SOCIAL PROBLEMS**
- \_\_\_ 11. Dependent
  - \_\_\_ 12. Lonely
  - \_\_\_ 25. Doesn't get along
  - \_\_\_ 27. Jealous
  - \_\_\_ 34. Others out to get him/her
  - \_\_\_ 36. Accident-prone
  - \_\_\_ 38. Gets teased
  - \_\_\_ 48. Not liked
  - \_\_\_ 62. Clumsy
  - \_\_\_ 64. Prefers younger kids
  - \_\_\_ 79. Speech prob.
  - \_\_\_ Total

- V. THOUGHT PROBLEMS**
- \_\_\_ 9. Can't get mind off thoughts
  - \_\_\_ 18. Harms self
  - \_\_\_ 40. Hears things
  - \_\_\_ 46. Twitching
  - \_\_\_ 58. Picks skin
  - \_\_\_ 66. Repeats acts
  - \_\_\_ 70. Sees things
  - \_\_\_ 76. Sleeps less
  - \_\_\_ 83. Stores things
  - \_\_\_ 84. Strange behavior
  - \_\_\_ 85. Strange ideas
  - \_\_\_ 100. Trouble sleeping
  - \_\_\_ Total

- VI. ATTENTION PROBLEMS**
- \_\_\_ 1. Acts young
  - \_\_\_ 4. Fails to finish
  - \_\_\_ 8. Can't concentrate
  - \_\_\_ 10. Can't sit still
  - \_\_\_ 13. Confused
  - \_\_\_ 17. Daydreams
  - \_\_\_ 41. Impulsive
  - \_\_\_ 61. Poor schoolwork
  - \_\_\_ 78. Inattentive
  - \_\_\_ Total

- VII. RULE-BREAKING BEHAVIOR**
- \_\_\_ 2. Drinks alcohol
  - \_\_\_ 26. Lacks guilt
  - \_\_\_ 28. Breaks rules
  - \_\_\_ 39. Bad friends
  - \_\_\_ 43. Lies, cheats
  - \_\_\_ 63. Prefers older kids
  - \_\_\_ 67. Runs away
  - \_\_\_ 72. Sets fires
  - \_\_\_ 81. Steals at home
  - \_\_\_ 82. Steals outside home
  - \_\_\_ 90. Swearing
  - \_\_\_ 96. Thinks of sex too much
  - \_\_\_ 99. Uses tobacco
  - \_\_\_ 101. Truant
  - \_\_\_ 105. Uses drugs
  - \_\_\_ Total

- VIII. AGGRESSIVE BEHAVIOR**
- \_\_\_ 3. Argues a lot
  - \_\_\_ 16. Mean
  - \_\_\_ 19. Demands attention
  - \_\_\_ 20. Destroys own things
  - \_\_\_ 21. Destroys others' things
  - \_\_\_ 22. Disobedient at home
  - \_\_\_ 23. Disobedient at school
  - \_\_\_ 37. Gets in fights
  - \_\_\_ 57. Attacks people
  - \_\_\_ 68. Screams a lot
  - \_\_\_ 86. Stubborn, sullen
  - \_\_\_ 87. Mood changes
  - \_\_\_ 94. Teases a lot
  - \_\_\_ 95. Temper
  - \_\_\_ 97. Threatens others
  - \_\_\_ 104. Loud
  - \_\_\_ Total

- OTHER PROBLEMS**
- \_\_\_ 7. Brags
  - \_\_\_ 24. Doesn't eat well
  - \_\_\_ 44. Bites nails
  - \_\_\_ 53. Overeats
  - \_\_\_ 55. Overweight
  - \_\_\_ 56h. Other physical problems
  - \_\_\_ 74. Shows off
  - \_\_\_ 77. Sleeps more
  - \_\_\_ 93. Talks much
  - \_\_\_ 110. Wish to be opposite sex
  - \_\_\_ Total

Copyright 2001 T. Achenbach  
 ASEBA, University of Vermont  
 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  
 Web: www.ASEBA.org  
 UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

Broken lines = borderline clinical range





## I risultati del questionario :

### Sindrome internalizzante

- ansia
- depressione
- lamentele somatiche

### Sindrome esternalizzante

- comportamento oppositivo
- comportamento aggressivo

### Problemi sociali

### Problemi di pensiero

### Problemi di attenzione

Maschi		Femmine	
Soglia alta	Soglia bassa	Soglia alta	Soglia bassa
<b>26%</b>	<b>36%</b>	<b>23%</b>	<b>35%</b>
<b>34%</b>	<b>42%</b>	<b>24%</b>	<b>37%</b>
<b>6%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>13%</b>
<b>8%</b>	<b>13%</b>	<b>4%</b>	<b>12%</b>
<b>8%</b>	<b>19%</b>	<b>6%</b>	<b>18%</b>



## I risultati del questionario :

*Quanti soggetti riportano un punteggio globale  
(internalizzante + esternalizzante + altri problemi)  
superiore al cut-off?*

Maschi	Femmine
<b>25% - 42%</b>	<b>20% - 40%</b>

# **Self-Reported Depressive Symptoms in a School Sample of Italian Children and Adolescents**

**Paola Poli, PhD**

**Barbara Sbrana, PhD**

**Mara Marcheschi, MD**

**Gabriele Masi, MD**

*IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology  
and Psychiatry, Calambrone (Pisa), Italy*

**ABSTRACT:** This study reports on self-reported depressive symptoms, assessed with the Children's Depression Inventory (CDI), in a school sample of 685 Italian students. The participants were 254 males and 431 females, the age range of the subjects was 8 to 17 years (mean age  $13.0 \pm 2.8$  years). The CDI mean score was  $10.49 \pm 2.76$ . According to our data, about 10% of the subjects scored higher than the clinical threshold of 20. More than 1/3 of the students reported thoughts of death, but only 2.2% had explicit suicidal ideation. Girls scored higher than boys, and young adolescents (11–13 years) scored lower than pre-pubertal children and older adolescents, and showed fewer thoughts of death. Factorial analysis yielded seven factors, a general factor with no predominant theme, two factors related to academic self-image and body image, and four related to anhedonia-withdrawal, hypochondria-asthenia, irritability-opposition, and loss of appetite.

**KEY WORDS:** depression; CDI; children; adolescents; community sample.



## POPOLAZIONE SCOLASTICA

Per quanto riguarda idee e comportamenti suicidari:

analisi risposte agli item target

<b>i18</b> : "Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i36</b> : "Accidentalmente mi faccio spesso male"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i91</b> : "Penso di uccidermi"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



il **20,8%** (118 M e 125 F)  
degli adolescenti riferisce di aver attuato negli ultimi 6  
mesi **un comportamento o pensieri di tipo  
autolesivo/suicidario**





## **Gli adolescenti che dichiarano pensieri/comportamenti suicidari:**

- Riferiscono di andare peggio a scuola, rispetto agli altri
- Complessivamente ottengono punteggi significativamente superiori in tutte le scale (internalizzanti ed esternalizzanti), rispetto agli altri
- Le femmine riportano un grado maggiore di problemi internalizzanti, rispetto ai maschi



## ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO

Analisi degli accessi a  
tutti i Pronto Soccorso  
della Regione

Periodo considerato: biennio 2005-2006

Fascia di età: 11 - 18 anni



# I segnali d'allarme

## 1. Idee/intenzioni suicidarie

- frequenza di tali idee
- comunicazione diretta o indiretta di queste idee
- condotte di preparazione all'atto (farmaci? armi da fuoco?)

## 2. Manifestazioni di vulnerabilità psichica

- disturbi dell'immagine si sé
- recenti cambiamenti importanti
- crisi d'ansia/attacchi di panico
- sentimenti di disperazione

## 3. Contesti di vulnerabilità (ambiente familiare multiproblematico, alcolismo, abusi, e soprattutto associazione di più eventi di vita)

## 4. Comportamenti impulsivi (aggressività, instabilità comportamentale, condotte a rischio)





50 000 cartelle esaminate

VERBALE DI PS (CAUSA D'ACCESSO, MODALITA', DIAGNOSI, altre voci )

autolesionismo

altri elementi  
(es: ferite da taglio/intossicazione)

*Selezione su database*

*Letture del verbale*

chiara per autolesionismo/TS

anamnesi

probabile

~~assente / non chiara~~

Circostanze/contesto

chiare per autolesionismo/TS

probabile

~~assente / non chiara~~

**CASI CERTI (120 soggetti)**

**CASI SOSPETTI (40 soggetti)**



## I CASI SOSPETTI (40 soggetti)

INTOSSICAZIONE (63,41%),

SOPRATTUTTO INTOSSICAZIONI ALCOLICHE (46,15%)  
(DIFFICOLTA' A STABILIRE LA MOTIVAZIONE)

DIFFICILMENTE VALUTABILI LE FERITE DA TAGLIO

FATTORE SCATENANTE NON INDICATO NEL 78% DEI  
CASI

gli altri 760 soggetti rimangono indeterminati  
per quanto riguarda le reali cause dell'accesso  
(follow-up?)



## I CASI CERTI

Quanti casi di autolesionismo/tentato suicidio giungono alle strutture di Pronto Soccorso?

Nel 2005: **58** soggetti,

su una popolazione di 74138 adolescenti

Nel 2006: **66** soggetti,

su una popolazione di 75134 adolescenti

---

= **120 soggetti** hanno compiuto  
**134 atti** di autolesionismo/TS in due anni  
(11 soggetti hanno compiuto più atti)

tasso di prevalenza di 78 per 100000 soggetti/anno nel 2005  
tasso di prevalenza di 88 per 100000 soggetti/anno nel 2006



## In particolare:

<b>AZIENDA</b>	<b>n° soggetti</b>	<b>Popolazione 11-18</b>
BURLO	14	<b>13653</b>
AOTS	11	
AOUD	34	<b>33300</b>
ASS4	3	
ASS3	8	
ASS5	10	
ASS2	19	<b>8263</b>
ASS6	4	<b>19918</b>
AOPN	17	
<b>TOTALE</b>	<b>120</b>	



Questi ragazzi sono già stati visti in Pronto Soccorso precedentemente?

NUMERO MEDIO DI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DEI RAGAZZI CON AUTOLESIONISMO NEL PERIODO 2005-2006

**TOTALI**



3,14

**PRECEDENTI**



1,82

(il 57% entro i 3 mesi)

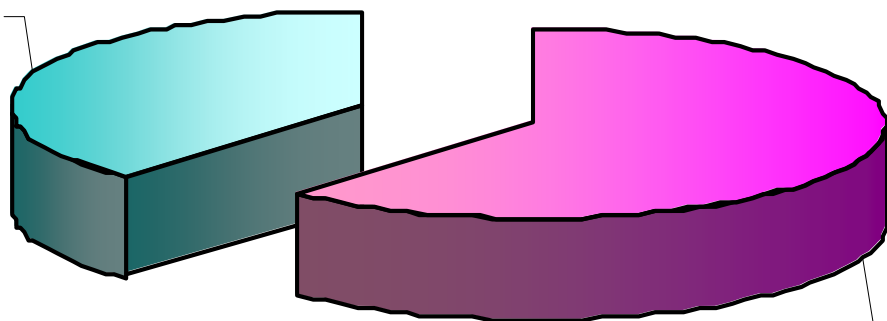


Qual è l'età media e il rapporto maschi/femmine di questi  
soggetti?

**età media = 16,85 aa**

**74 FEMMINE, 46 MASCHI,**

**38%**  
**maschi**

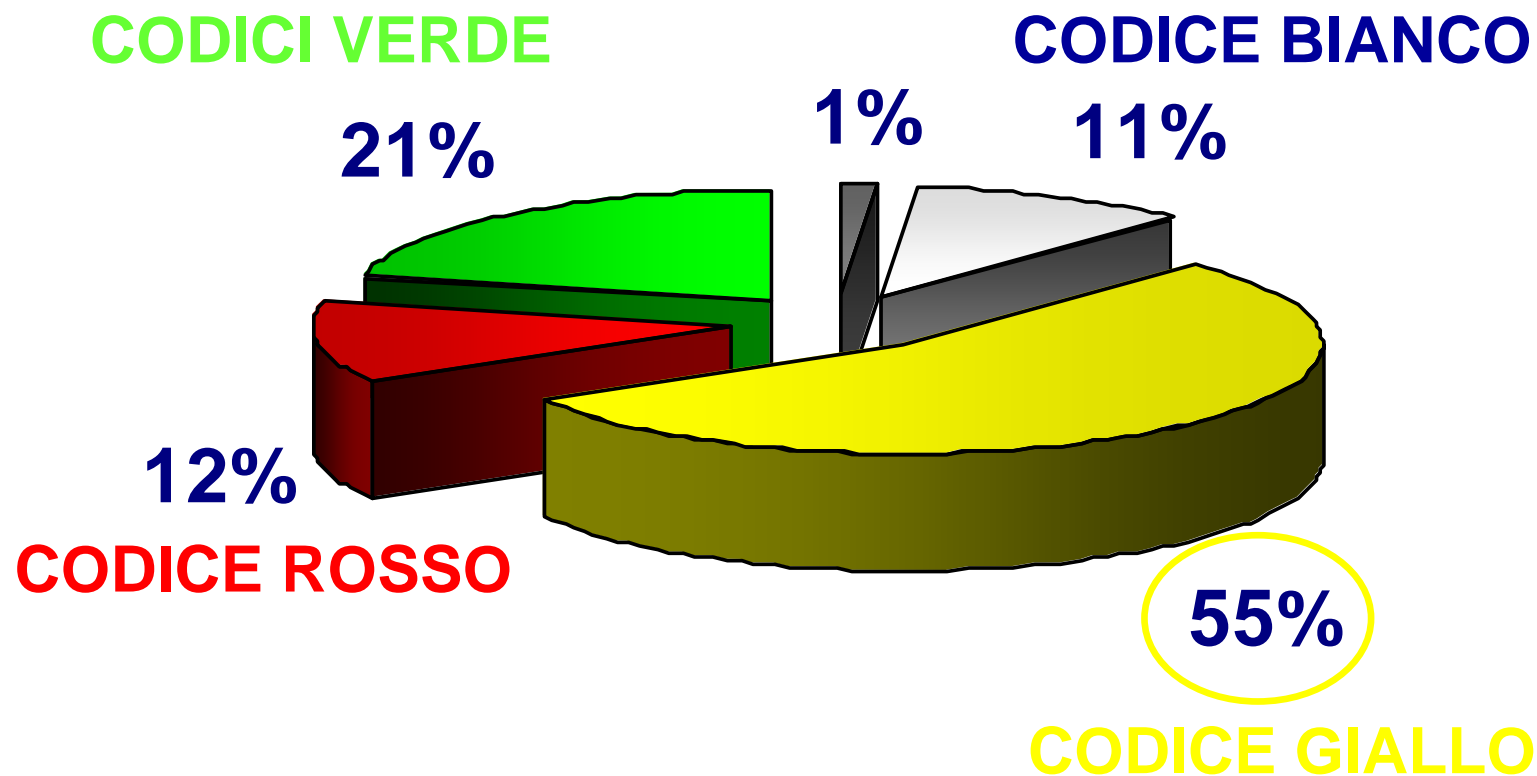


**62%**  
**femmine**



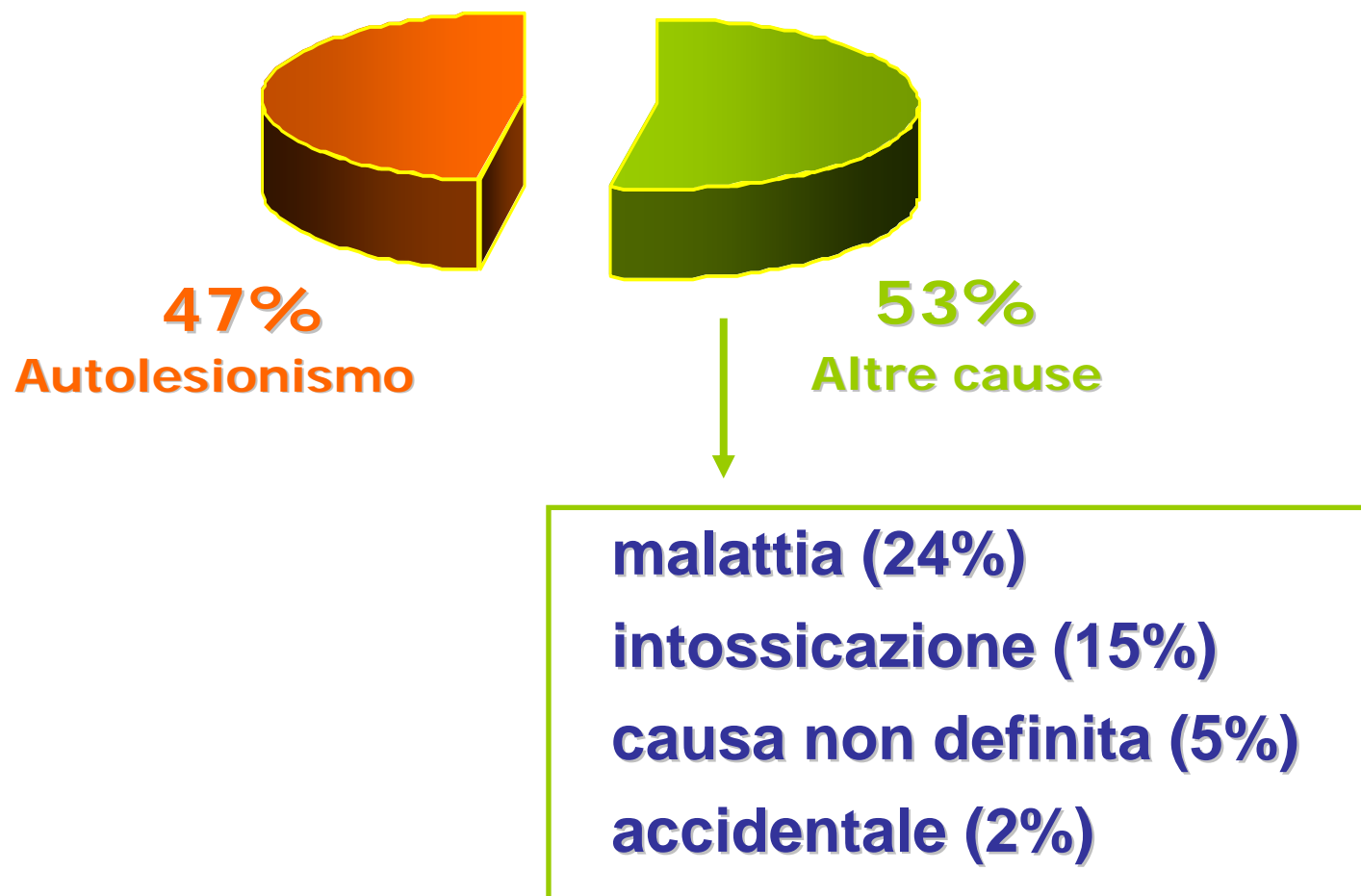
Come si presentano in Pronto Soccorso questi soggetti?

Qual è la gravità delle condizioni cliniche?





## Qual è la "CAUSA D'ACCESSO"?





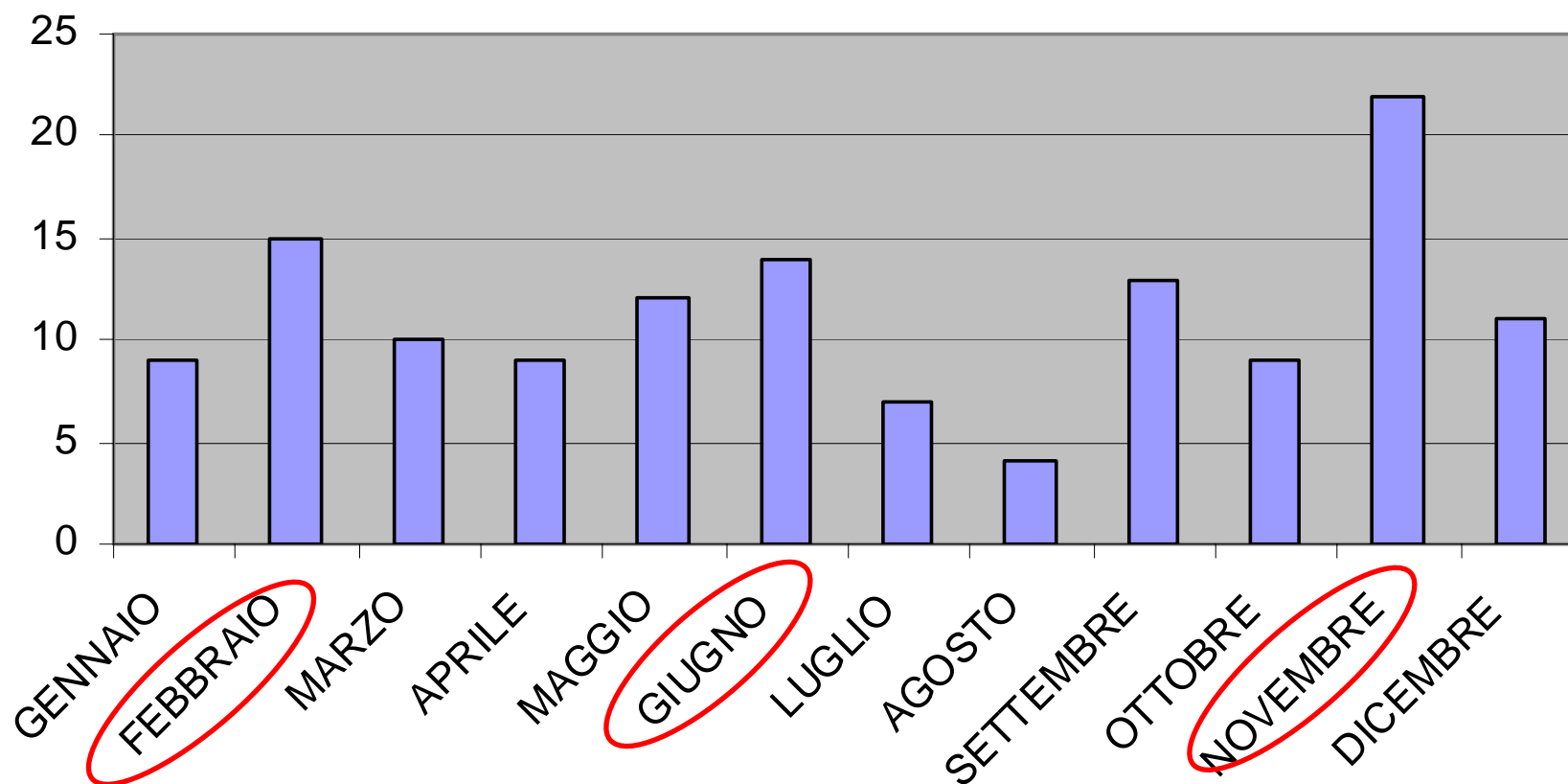


Qual è la modalità più frequentemente scelta per il gesto autolesivo?



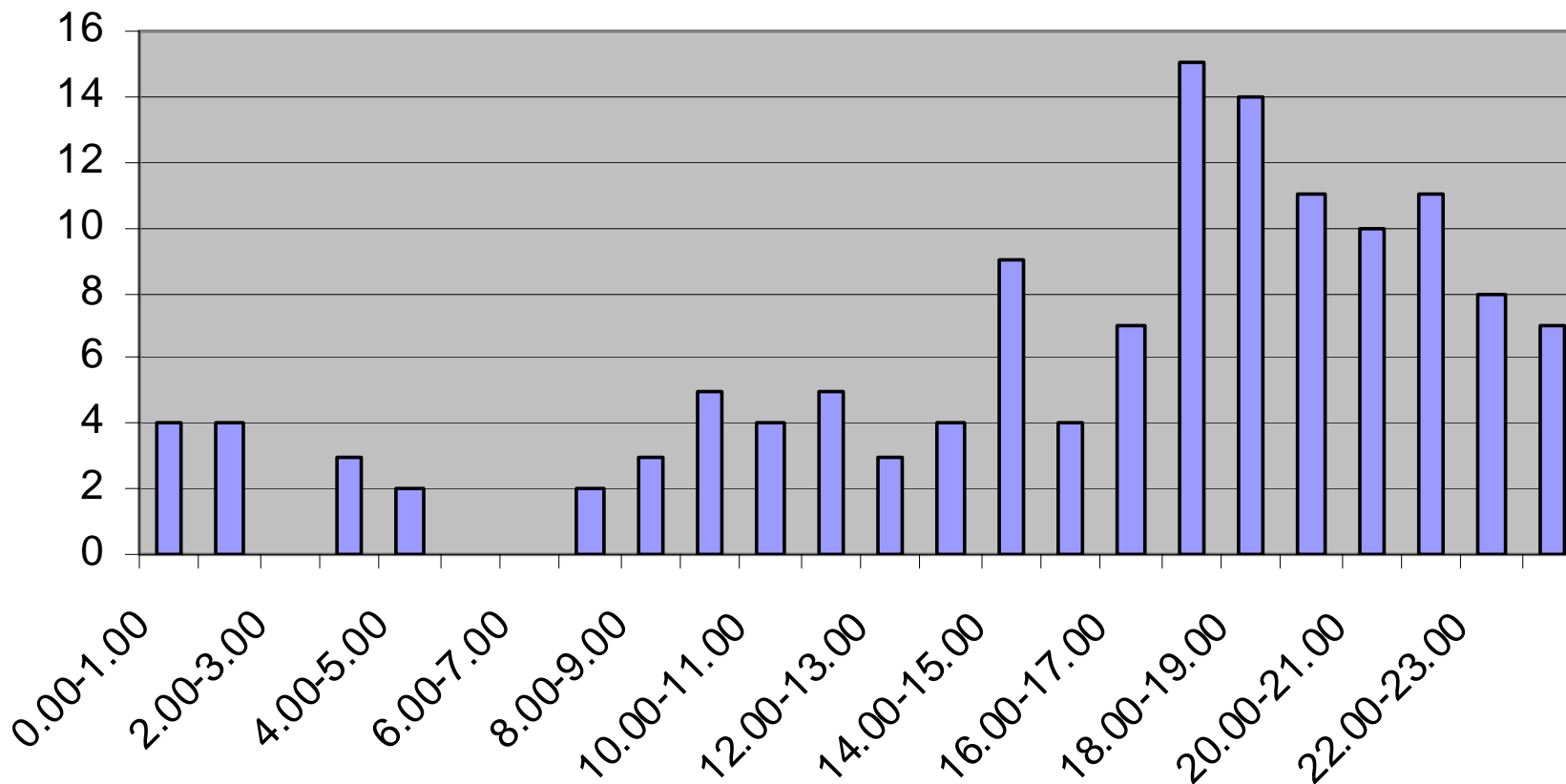


Esiste un periodo in cui tali eventi sono più frequenti?





C'è un orario, nella giornata, in cui tali eventi sono più frequenti?



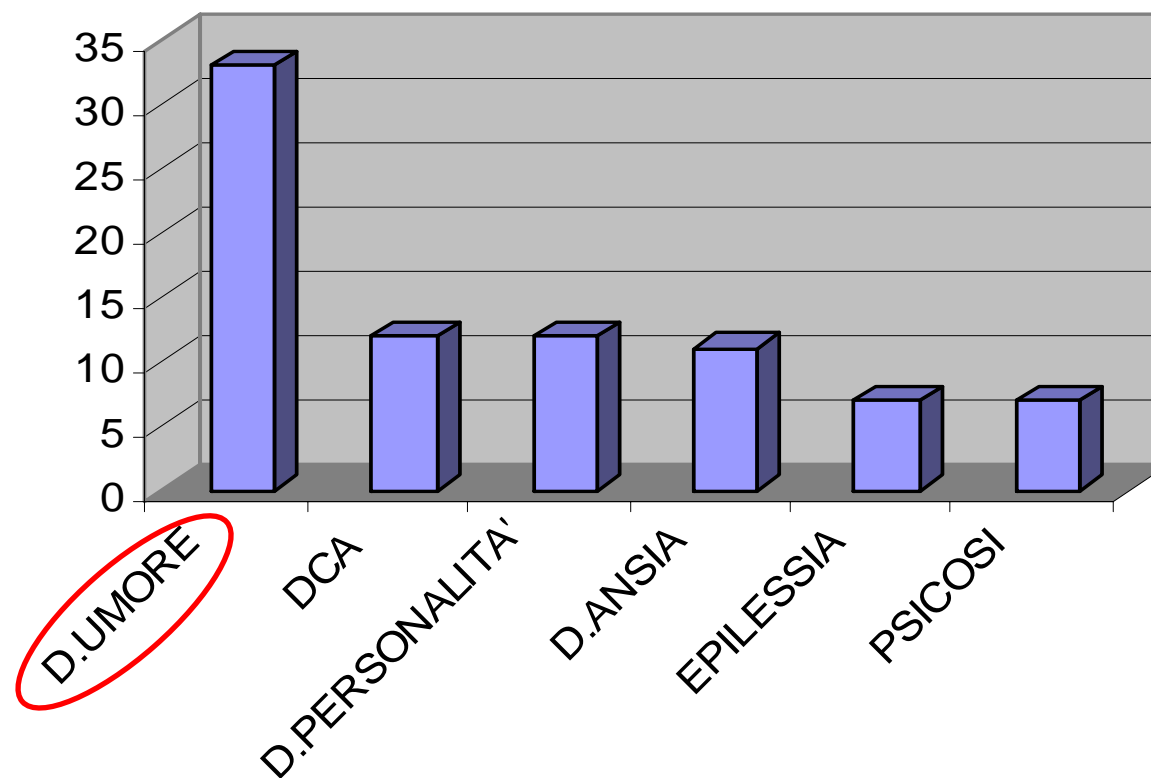
**17.00 – 19.00**



## Sono segnalate diagnosi psichiatriche ?

Nel 54% dei casi non risulta segnalato alcun elemento psicopatologico

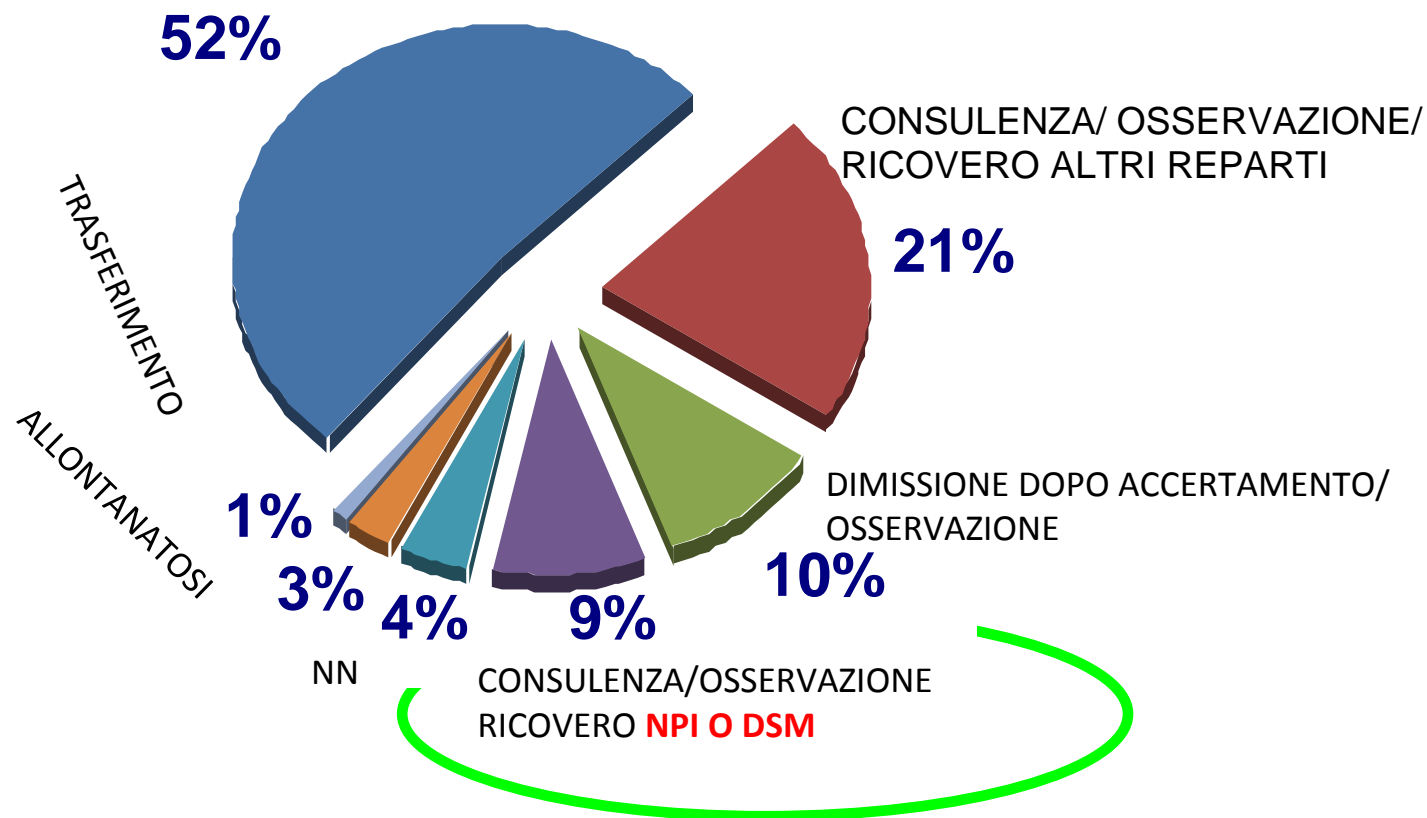
Dove segnalato (46% dei casi):





## Qual'è l'esito (OUTCOME) di questi accessi per autolesionismo/TS?

INVIO AL CURANTE/DOMICILIO



# Riflessioni

1. Il dato della scuola: alti valori nelle scale internalizzanti, esternalizzanti e totali, e alta percentuale di soggetti che riferiscono pensieri o comportamenti potenzialmente suicidari
2. Dei soggetti della popolazione scolastica non sappiamo quanti poi hanno messo in atto le loro intenzioni.
3. Per quanto riguarda il PS gli atti autolesivi/suicidari spesso non provocano conseguenze mediche gravi e quindi non giungono all'attenzione medica
4. Molti tentativi non vengono riconosciuti:
  - le modalità sono diverse
  - l'intenzionalità non è sempre espressa
  - l'evento è spesso banalizzato (forse anche dai genitori)
5. La correlazione tra atto autolesivo/TS e disturbo psichiatrico sembra non essere sempre presente

# SVILUPPI DEL PROGETTO

## La sorveglianza epidemiologica

Completamento dello studio nelle scuole utilizzando strumenti che permettano una miglior definizione delle caratteristiche della popolazione oggetto dello studio

Migliorare l'identificazione dei casi nei PPSS mediante:

- Utilizzo **anamnesi guidata** in formato elettronico
- Formazione
- Follow-up casi sospetti



# Le sfide per il futuro

*Il comportamento suicidario: quando metamorfosi e quando breakdown evolutivo?*

Attualmente il focus degli studi di prevenzione è centrato più sui **fattori di protezione** piuttosto che sui fattori di rischio.

**Fattori di protezione** = variabili in grado di sostenere il percorso di sviluppo, mitigando l'impatto di eventi e situazioni avverse (Nation et al, 2003).



# La “resilience” (resilienza)

*“..la capacità di un individuo di superare eventi negativi e traumatici per un adattamento alle richieste dell’ambiente, resistendo con successo a situazioni avverse e imparando così a sviluppare competenze a partire dalle difficoltà e rafforzando la fiducia in sé e nel proprio agire.*

La resilienza è considerata una risposta individuale alle situazioni di crisi, ma attualmente tale concetto è stato esteso anche a *sistemi sociali più ampi* (approccio di tipo ecologico) come la famiglia, la scuola, le organizzazioni e le comunità, nell’obiettivo di individuare e potenziare gli elementi comuni dei processi di resilienza (Malaguti, 2003; Grotberg, 1995; Wallen, 2001).

# Le Variabili associate al concetto di resilienza

- **Adattamento (coping):** Abilità di far fronte alle richieste dell'ambiente attivando risposte adattive
- **Autoefficacia (Self-efficacy):** Convinzione di poter modificare la propria esperienza attraverso il controllo efficace sull'ambiente circostante
- **Locus of control:** Processo di attribuzione secondo cui la spiegazione di eventi positivi o negativi viene ricondotta a variabili relative al sé, su cui la persona può esercitare un controllo attivo (LOC interno), oppure a variabili relative ad altri, alle circostanze o al fato, comunque non soggette al controllo personale (LOC esterno)
- **Resistenza allo stress:** Capacità di far fronte a pressioni ambientali eccessive

# i fattori che promuovono la resilienza in età evolutiva

1. l'esistenza di un *legame significativo con un adulto*, non necessariamente un genitore o un congiunto, in grado di sostenere e accompagnare il giovane nei momenti di difficoltà;
2. *l'appartenenza a un gruppo* che assicuri un livello adeguato di sostegno sociale, anche attraverso il riconoscimento delle capacità di ruolo;
3. la capacità di *cogliere un significato e una direzione nelle proprie esperienze*, sottraendole a un vissuto di caos e di destino inesorabile;
4. la *percezione di un senso profondo del valore di sé come persona*.

Le *competenze educative dei genitori* (o in generale degli adulti nel ruolo di caregiver) sono importanti nel favorire i processi di resilienza

Ma questo significa anche che un efficace adattamento psicosociale si fonda su un livello di base di soddisfacimento dei bisogni che, se carente, richiede di essere garantito da un adeguato sistema socio-assistenziale

PREVENZIONE	FIGURE COINVOLTE	INTERVENTI
<p><b>Primaria</b> Correggere fattori di rischio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scuola</li> <li>- Famiglia</li> <li>- Figure a contatto con adolescenti</li> <li>- Gruppo dei pari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completare e approfondire la raccolta di informazioni (progetto 2008)</li> <li>- Formazione degli insegnanti e coinvolgimento della famiglia</li> <li>- Individuazione/messa a punto di strumenti: Questionari? Gruppi di auto-aiuto?</li> </ul>
<p><b>Secondaria</b> identificare soggetto a rischio, prevenire passaggio all'atto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scuola</li> <li>- Sanitari dei servizi d'emergenza</li> <li>- Medici di Medicina Generale (MMG)</li> <li>- Pediatri di Libera Scelta (PLS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione punti di ascolto a scuola</li> <li>- Informazione e aggiornamento del personale sanitario ospedaliero: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Possibile costruzione di strumenti di supporto alla valutazione del caso in PS (individuazione segnali di allarme, spazio di ascolto)</li> <li>b) Messa in rete dei PS</li> <li>c) Osservazione temporanea</li> </ul> </li> <li>- Informazione e aggiornamento MMG e PLS</li> </ul>
<p><b>Terziaria</b> riconoscere TS e avviare presa in carico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori sanitari (strutture di emergenza)</li> <li>- MMG e PLS</li> <li>- Specialisti NPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivare il contatto con la neuropsichiatria infantile</li> <li>- Coinvolgimento di MMG e PLS nella presa in carico e gestione a lungo termine dell'adolescente</li> <li>- Approfondimento del rischio suicidario nell'adolescente con disturbo psichiatrico</li> </ul>

## Per finire

Il concetto di resilienza implica una *visione ecologica dello sviluppo umano* (Fraser, 1997) in quanto, da un lato, permette di prendere in considerazione le *condizioni effettive e naturali in cui ha luogo lo sviluppo*; dall'altro lato, *incoraggia un approccio positivo che sottolinea le fondamentali conquiste adattive dei giovani nel difficile, laborioso e entusiasmante percorso verso la costruzione dell'identità*.

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**