

# **Fenomeni autolesivi e suicidari in provincia di Trento**

**Anni 2006-2008**

**Osservatorio Epidemiologico**

*Direzione Promozione ed Educazione alla Salute*

Trento luglio 2009

A cura di

Elena Barberi  
Martina De Nisi  
Silvano Piffer

*Osservatorio Epidemiologico - APSS - Trento*  
*Osservatorio Epidemiologico - APSS - Trento*  
*Osservatorio Epidemiologico - APSS – Trento*

Sergio Demonti

*Servizio Sistemi Informativi*

Claudio Ramponi

*Dirigente Medico 2° livello Pronto Soccorso Ospedale S.Chiara*

Daniela Delpero  
Antonella Lama  
Vanda Bombardelli  
Sara Maineri Panizza  
Luana di Gregorio  
Anna Portolan  
Wilma Angela Renata Di Napoli  
Federica Soccia

*U.O. Psichiatria Rovereto*  
*U.O. Psicologia Clinica Distretto di Trento e Valle dei Laghi*  
*U.O. Psicologia Clinica Distretto di Trento e Valle dei Laghi*  
*U.O. Psicologia Clinica Distretto di Trento e Valle dei Laghi*  
*U.O. Psichiatria Fiemme - Fassa e Valle di Non*  
*U.O. Psichiatria Trento e Valle dei Laghi*  
*U.O. Psichiatria Trento e Valle dei Laghi*  
*U.O. Psichiatria Fiemme - Fassa - Valle di Non*

## INDICE

---

Introduzione	4
Materiali e metodi	4
Risultati	8
Trend temporale	8
Caratteristiche degli utenti	9
Distribuzione territoriale dei residenti	12
Caratteristiche degli accessi in Pronto Soccorso	14
Confronto con la casistica dei Suicidi 2003-2007 della provincia di Trento	21
Conclusioni	23
Bibliografia	25

## INTRODUZIONE

---

Il tentato suicidio e, in senso più lato, gli autolesionismi rappresentano un fenomeno di grande rilevanza per le loro diverse implicazioni e si presentano con una frequenza da 4 a 10 volte maggiore rispetto all'evento suicidario vero e proprio.

Un autolesionismo o un tentato suicidio rappresentano comunque un fattore di rischio per un successivo suicidio: per questo il monitoraggio del fenomeno e la presa in carico dei soggetti coinvolti possono costituire fattori importanti per il controllo e per la prevenzione finale del suicidio nella popolazione. Monitorare tali eventi non è però facile anche perché non risulta utilizzabile un flusso informativo ad hoc.

Parallelamente ad un recente studio di dettaglio dell'Osservatorio Epidemiologico sul fenomeno del suicidio in provincia di Trento nel periodo 2003-2007, si è ritenuto di indagare anche il fenomeno del tentato suicidio e autolesionismo quale contributo informativo di baseline al programma di prevenzione del suicidio sviluppato in A.P.S.S. dal dicembre 2008 e coordinato dal Dipartimento di Salute Mentale. In questo contesto si è costituito un gruppo di lavoro composto da diverse professionalità: di area psichiatrica, dell'emergenza, informatica ed epidemiologica. Tale gruppo ha valutato l'utilizzo dei dati di Pronto Soccorso, nella nostra provincia tutti informatizzati, al fine di stimare l'occorrenza, presso tali strutture, dei fenomeni autolesivi e dei tentati suicidi.

La necessità di partenza era quella di definire dei criteri condivisi che permettessero di estrarre dal database di Pronto Soccorso (PS) i casi relativi ai fenomeni autolesivi e suicidari nel modo più accurato ed esauriente possibile. Successivamente è stata valutata l'entità di tali fenomeni analizzandone le caratteristiche.

## MATERIALI E METODI

---

Il problema di fondo era rappresentato dalla scelta dei criteri di estrazione dei casi dal database del Pronto Soccorso. Infatti, da una prima analisi, è emerso che una diretta estrazione in base alla codifica "cod\_tipo\_inc= AU" (autolesione) non era rappresentativa della casistica reale. Sono stati quindi seguiti i criteri riportati dalla regione Lazio (1). Questo prevedeva l'estrazione degli "Autolesionismi" e "Tentati suicidi" sulla base di alcune parole chiave dal testo della "Diagnosi", quali "T.S.", "TS", "Suicidio", "Autoles", "Impiccat", "Ingestione", "Precipitaz", "Defen" e altri. Applicando tali criteri è emersa la necessità di ampliare l'insieme delle parole chiave e di modificare alcuni termini utilizzati (ad esempio cercare *\*suic\** invece di *suicidio* o *TS\** invece di *TS*). Si è giunti così, dopo vari tentativi, ad ottenere un insieme di parole chiave da ricercare nel campo "Diagnosi".

Successivamente è stato organizzato un incontro con il gruppo di lavoro richiamato in precedenza. In base alle considerazioni emerse in tale circostanza, è stata effettuata la ricerca con le stesse parole chiave anche nel campo "Anamnesi" e "Sintomo". Per quanto riguarda il campo "Anamnesi" si sono però riscontrate delle lacune che non permettevano di proseguire in questa direzione. In conclusione, le parole chiave dovevano quindi essere ricercate nel campo "Diagnosi" o nel campo "Sintomo", o in entrambi.

La rappresentazione analitica dei criteri di ricerca è fornita nella Tabella 1.

Tabella 1

**Parole chiave utilizzate**

Tentato suicidio: `"*ts*", "ts*", "t.s*" & Not "t.s.o." (tentato suicidio ma non Trattamento Sanitario Obbligatorio), "t.s.*"`

Autolesionismo: `"*autoles*"`

Suicidio: `"*suic*"`

Atteggiamento anticonservativo: `"*anticonser*"`

Ingestioni o assunzioni incongrue: `"*incongr*" & ("*assunz*" Or "*inges*")`

Ingestioni o assunzioni improprie: `"*improp*" & ("*assunz*" Or "*inges*")`

Precipitazione: `"*precipitaz*"`

Defenestrazione: `"*defen*"`

Azioni volontarie, diverse dall'allontanamento: `"*volontari*" & Not "*involo*" & Not "*allont*"`

Impiccagione: `"*impicca*"`

**Parole chiave escluse**

Ingestioni volontarie: `"*inges*" & "*volo*" & Not "*involo*" (estrae record già identificati con altre query)`

Ingestioni generiche: `"*inges*" & Not "*volo*" & Not "*accid*"`

Intossicazione da monossido: `"*monossido*"`

Intossicazioni generiche: `"*intossic*" & Not "*volo*" & Not "*accid*" & Not "*etil*" & Not "*alco*" & Not "*alim*" & Not "*fung*" (vengono quindi escluse le intossicazioni da alcool, da funghi o alimentari)`

Abuso generico: `"*abuso*" & Not "*volo*" & Not "*accid*" & Not "*etil*" & Not "*alco*" & Not "*sess*" & Not "*stupef*" & Not "*oppi*" (vengono quindi esclusi gli abusi da alcool, da stupefacenti, da oppiacei o sessuali)`

Altro: `"*tenta*" (estrae record già identificati con *suic* e *autoles* e tanti record impropri), "*elettro*" (nessun caso)`

Da questa prima selezione di record, sono stati eliminati i casi di *Incidente sul lavoro* (cod\_tipo\_inc = "SL") e *Incidente sul lavoro RCT* (cod\_tipo\_inc = "SLT") e quelli che contenevano la parola "accident\*" nel campo "Diagnosi" o nel campo "Sintomo", che rappresentavano quindi eventi accidentali, e quindi da non includere nella casistica.

Successivamente, come concordato dai membri del gruppo di lavoro, i record ottenuti sono stati valutati dagli operatori di area psichiatrica e psicologica e dal primario del Pronto Soccorso dell'ospedale S.Chiara di Trento per avere un'ulteriore scrematura secondo i rispettivi punti di vista.

A questo punto si è presentato un altro problema: quello di non disporre di una definizione appropriata e unica di "Autolesionismo", che si potesse distinguere da quella di "Tentato Suicidio". Tenendo conto di quanto riportato in letteratura si è deciso di considerare come "linea guida" quanto definito dal dott. Maurizio Pompili (2), noto a livello nazionale per i contributi resi alla ricerca sul suicidio.

Le categorie definite da Pompili sono rappresentate in Tabella 2 (si osservi che egli identifica cinque classi e non semplicemente le due classi di "Autolesionismo" e "Tentato Suicidio").

Tabella 2

**Autolesionismo deliberato:** *atti volontari auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi, eseguiti senza l'intenzione di morire.*

**Ideazione suicidaria:** *pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la propria morte. L'ideazione suicidaria può avere gravità diverse a seconda della specificità di piani di suicidio e del grado dell'intento suicidario.*

**Minaccia di suicidio:** *verbalizzazione dell'intento di mettere in pratica un atto di suicidio, oppure l'aver iniziato un gesto che, se portato a termine, può condurre al suicidio.*

**Gesto suicidario:** *minaccia di suicidio accompagnata da un gesto suicidario (che il paziente ritiene) di ridotta letalità. Il termine parasuicidio denota un comportamento che manca della vera intenzione di uccidersi, ma che comunica in una certa misura l'intento suicidario.*

**Tentativo di suicidio:** *secondo la suicidologia classica questo termine dovrebbe essere usato per coloro che, volendo commettere il suicidio, non vi riescono per cause indipendenti dalla loro volontà. Si tratta del termine più usato nel modo sbagliato. La difficoltà risiede nel fatto che in realtà l'individuo può tentare di tentare, tentare di commettere, tentare di non essere letale. In altre parole, maggiori chiarimenti si otterrebbero se si valutasse la letalità dell'atto, potendo quindi discriminare tra atti a bassa ed alta letalità. In questo modo si eviterebbe di usare termini senza alcun senso, come "tentativo di suicidio dimostrativo", "suicidio mancato", "suicidio abortito", ecc.*

Tenuto conto delle diverse categorie proposte da Pompili e del fatto che non era possibile analogha scomposizione dal database del Pronto Soccorso, si è ritenuto opportuno considerare la

totalità dei casi descritti, raggruppandoli in un'unica grande classe denominata “**Fenomeni autolesivi e suicidari**”.

Fissato l'obiettivo di avere un'idea globale del problema, è stato organizzato un secondo incontro del gruppo di lavoro per determinare in maniera univoca e condivisa i record rientranti effettivamente nelle definizioni sopracitate (eliminando quelli non pertinenti).

I criteri adottati nella selezione manuale sono riportati in Tabella 3.

Tabella 3

**Criteri adottati nella selezione manuale**

Non sono da considerarsi fenomeni autolesivi e suicidari (a meno di evidente presenza di autolesionismo):

1. Tutti i traumi
2. Le sospensioni da farmaci
3. Esotossicosi alcoolica
4. Assunzione di eroina o stupefacenti

Sono da considerarsi fenomeni autolesivi e suicidari:

1. L'assunzione incongrua di farmaci (a meno che non sia specificato altrimenti)
2. *Gesti riferiti* di autolesionismo o assunzione incongrua di farmaci o di tentato suicidio

L'essere affetto da malattia o ritardo mentale NON ha rappresentato un motivo di eliminazione.

Sono stati identificati a parte e inclusi nella casistica del fenomeni autolesivi e suicidari anche i casi di SOLA INTENZIONALITA' SUICIDARIA E/O AUTOLESIVA (ideazione, intenzionalità, proposito, minaccia, slegata dall'atto).

In questo modo è stato ottenuto per ogni anno del periodo 2006-2008 un database contenente tutti i fenomeni autolesivi e suicidari della Provincia di Trento che si sono presentati al Pronto Soccorso. L'estrazione dei dati mediante query informatizzate e scrematura manuale resta comunque soggetta a errori di sottostima, in quanto le parole chiave identificate potrebbero non comprendere eventuali altri tipi di fenomeni autolesivi e suicidari.

Al termine del lavoro è stata effettuata una verifica per valutare la corrispondenza dei dati estratti manualmente secondo i criteri sopraelencati con i dati che si sarebbero ottenuti dal database del Pronto Soccorso mediante la codifica “cod\_tipo\_inc= AU” (autolesione). È emerso che nel secondo caso i record estratti sarebbero stati in numero molto inferiore e avrebbero incluso anche alcuni record non pertinenti.

Le analisi presentate di seguito sono state effettuate anche sulla base di altri studi presenti in letteratura che hanno affrontato questo argomento (3,4,5,6,7,8,9).

I programmi utilizzati per le analisi sono stati Access, Excel e EpiInfo.

## RISULTATI

---

Per una più agevole lettura, nei commenti seguenti verrà utilizzato il termine “autolesionismi” per identificare tutti i fenomeni autolesivi e suicidari.

### Trend temporale

Nell'arco del triennio 2006-2008 si sono registrati 889 accessi per autolesionismi presso le strutture di Pronto Soccorso della provincia di Trento, con una media di 296 accessi all'anno.

Nel trend temporale si osserva un andamento crescente anche se non statisticamente significativo (test chi quadro per il trend  $p=0,11$ ).

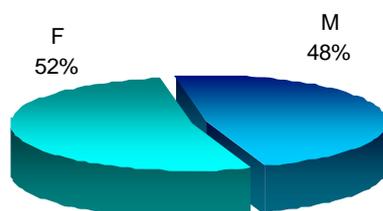
Gli accessi per autolesionismi rappresentano l'1,4‰ del totale degli accessi presso le strutture di Pronto Soccorso nel triennio.

Tab. 1 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta degli autolesionismi e proporzione sul totale degli accessi in PS per anno (residenti e non residenti). Anni 2006-2008.

Anno	N.ro Autolesionismi	N.ro Accessi PS	Autolesionismi/PS (‰)
2006	278	224.610	1,2
2007	303	214.254	1,4
2008	308	217.970	1,4
<i>Totale</i>	<i>889</i>	<i>656.834</i>	<i>1,4</i>

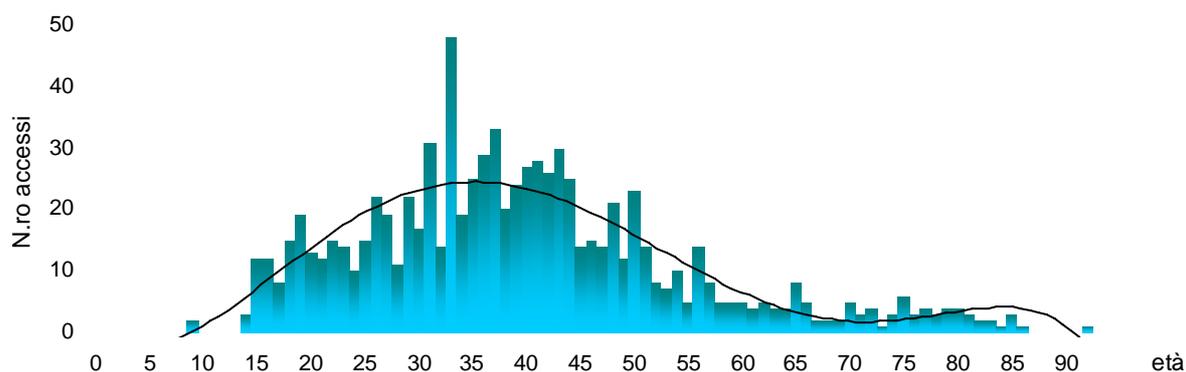
### Caratteristiche degli utenti

Fig. 1 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale di accessi per sesso. Anni 2006-2008.



Si registra una presenza lievemente maggiore di donne (52% vs 48%). Il tasso grezzo di accesso (calcolato sui residenti) risulta pari a 0,5‰ (IC per M 0.45-0.55; IC per F 0.48-0.59) ed è sovrapponibile nei due sessi.

Fig. 2 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta di accessi per età. Anni 2006-2008.



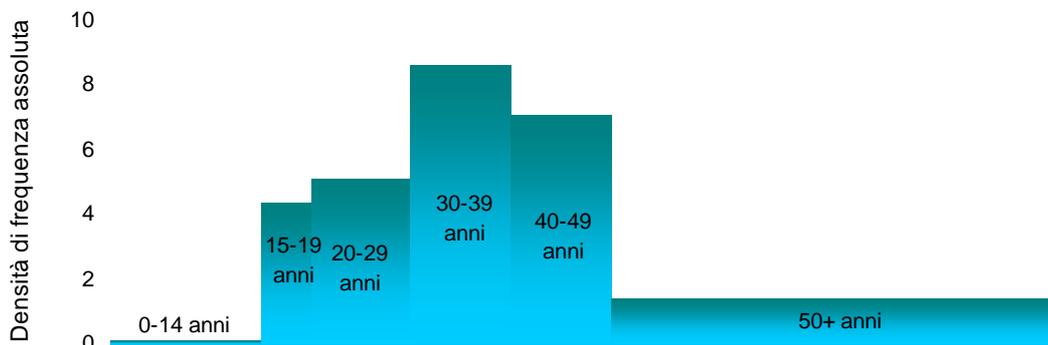
L'età media dei soggetti considerati nel triennio è di 39,7 anni e, considerando classi decennali, la proporzione maggiore di fenomeni autolesivi e suicidari all'interno della casistica si concentra tra i 30 e 39 anni.

Nel grafico seguente consideriamo la distribuzione degli accessi per fascia di età.

Dal momento che i dati a disposizione riguardano un periodo di tre anni, per semplicità di interpretazione consideriamo ora la frequenza assoluta media dei casi in un anno.

L'area di ogni singolo rettangolo rappresenta il numero di accessi relativo a quella classe di età nell'arco di un anno.

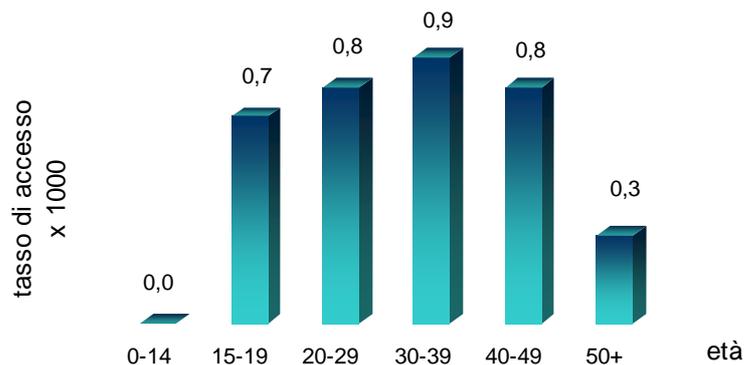
Fig. 3 Provincia di Trento. Densità di accessi per fascia di età. Anni 2006-2008.



Supponendo che le unità si distribuiscano uniformemente all'interno di ciascuna classe di età, l'altezza del grafico indica il numero di accessi che si verificano per singolo anno di età, nella relativa classe, nell'arco in un anno. Tra i 30 e i 39 anni si osserva un numero maggiore di autolesionismi per singolo anno di età (circa 9 accessi all'anno) rispetto alle altre fasce.

Anche considerando il tasso grezzo di accesso per fascia di età si osserva che il valore massimo si colloca nella classe 30-39 anni (0,9‰; IC 0.81-1.06), seguito dalla classe 20-29 anni e 40-49 anni (0,8‰). Oltre i 50 anni il tasso è pari allo 0,3‰ (IC 0.27-0.36).

Fig. 4 Provincia di Trento. Distribuzione dei tassi di accesso (x 1000) per fascia di età (residenti). Anni 2006-2008.



Stratificando per sesso, la distribuzione per classe di età rimane simile, in quanto persiste il picco nella classe 30-39 anni. Ciononostante nelle femmine si osserva un divario maggiore tra le classi.

Stratificando invece per età, è interessante notare che nella classe 15-19 anni (periodo adolescenziale), i fenomeni autolesivi sono doppi nelle ragazze rispetto ai ragazzi.

Fig. 5 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale degli accessi per sesso e fascia d'età. Anni 2006-2008.

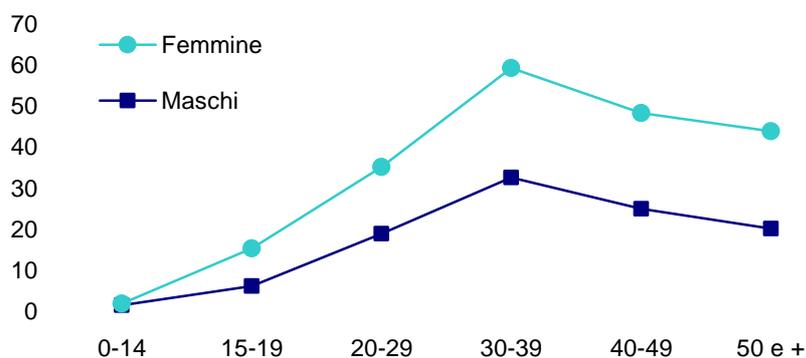
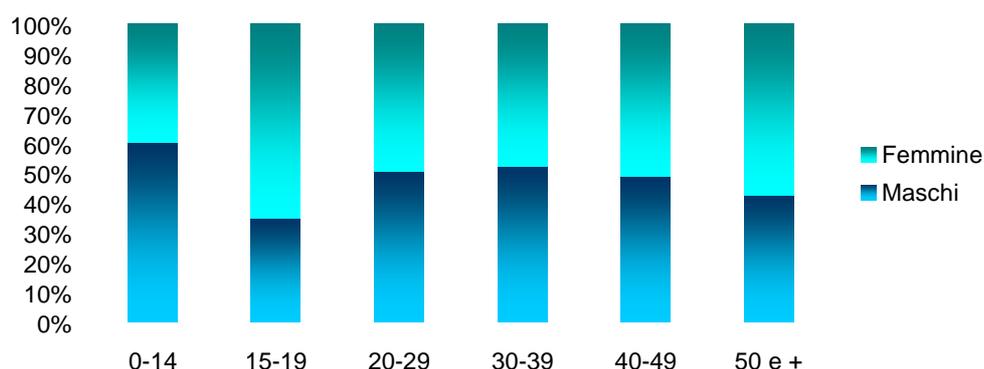


Fig. 6 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale degli accessi per fascia d'età e sesso. Anni 2006-2008.



I soggetti di cittadinanza straniera rappresentano il 14,5% della casistica (79 su 129 sono residenti in provincia di Trento). Nel corso del triennio si registra un incremento degli accessi di stranieri dal 12,6% al 17,2%, che però non risulta essere statisticamente significativo (test chi quadro per il trend  $p=0,11$ ).

Tab. 2 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per cittadinanza. Anni 2006-2008.

Cittadinanza	N.ro	%
Italiana	760	85,5
Straniera	129	14,5
<i>Totale</i>	<i>889</i>	<i>100,0</i>

In base alla disponibilità dei dati sulla popolazione è stato calcolato il tasso di accesso per la popolazione residente italiana e straniera nei soli anni 2006-2007: è emerso un tasso maggiore tra gli stranieri ( $6,5 \times 10.000$  vs  $5,0 \times 10.000$ ), anche se la differenza non è statisticamente significativa.

Tab. 3 Provincia di Trento. Tassi di accessi per cittadinanza. Anni 2006-2007.

Anno	Autolesionismi italiani residenti	Autolesionismi stranieri residenti	Tasso x 10.000 italiani	Tasso x 10.000 stranieri
2006	227	24	4,8	7,2
2007	246	22	5,2	5,8
<i>2006-2007</i>	<i>473</i>	<i>46</i>	<i>5,0</i>	<i>6,5</i>

### Distribuzione territoriale dei residenti

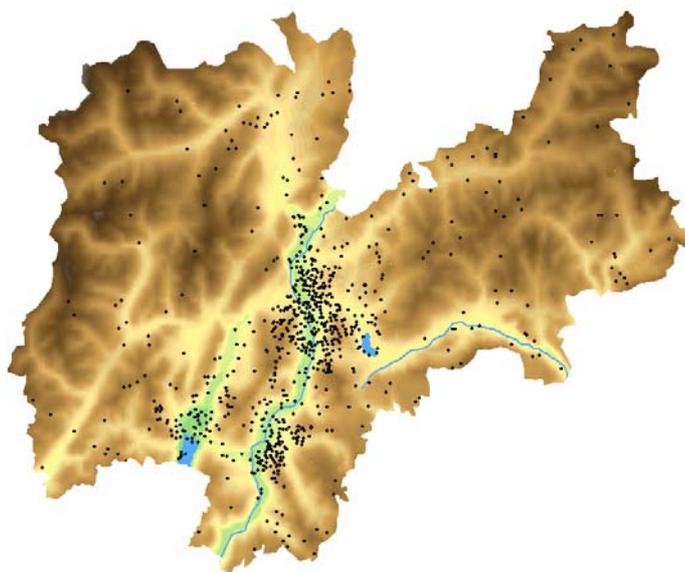
L'89% degli accessi riguarda persone residenti in provincia di Trento, situate nella maggior parte dei casi nei comprensori centrali (Valle dell'Adige, Vallagarina e Alto Garda e Ledro).

Tab. 4 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per residenza. Anni 2006-2008.

<b>Comprensorio di residenza</b>	<b>N.ro</b>	<b>%</b>
Val di Fiemme	21	2,7
Primiero	14	1,8
Bassa Valsugana e Tesino	23	2,9
Alta Valsugana	56	7,1
Valle dell'Adige	348	44,1
Val di Non	29	3,7
Val di Sole	12	1,5
Valli Giudicarie	26	3,3
Alto Garda e Ledro	89	11,3
Vallagarina	165	20,9
Ladino di Fassa	7	0,9
<i>Totale</i>	<i>790</i>	<i>100,0</i>

La distribuzione per comune di residenza è rappresentata nella figura seguente.

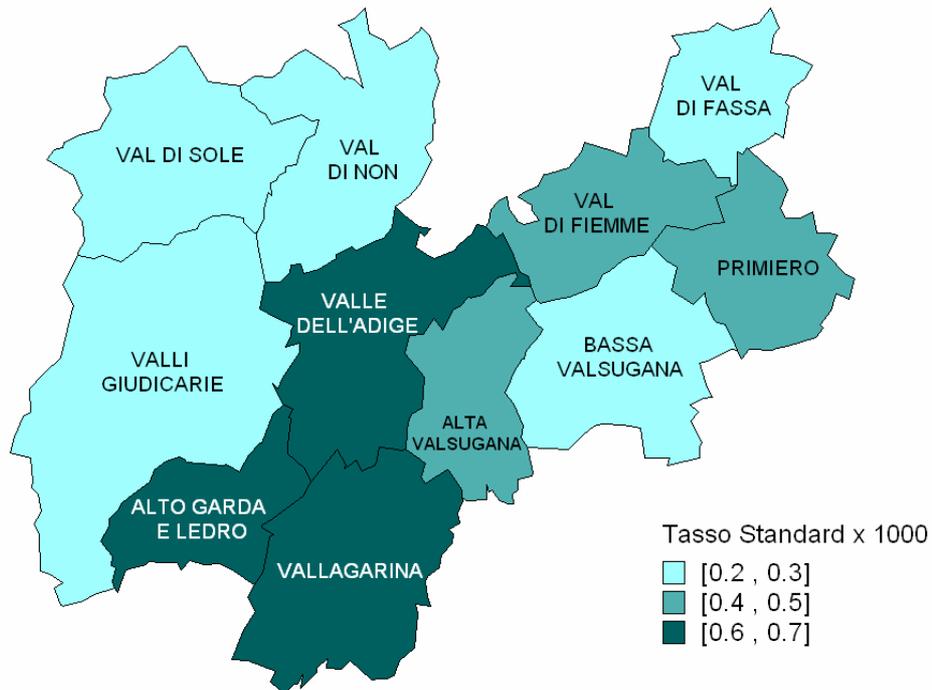
Fig. 7 Provincia di Trento. Distribuzione dei fenomeni autolesivi e suicidari nella provincia. Anni 2006-2008.



Il tasso provinciale di accessi in PS per autolesionismi standardizzato per età nel triennio è pari a 0,5x1.000 abitanti, con alcune differenze a seconda del comprensorio di residenza.

I valori più elevati, peraltro non statisticamente significativi, si registrano nella zona centrale della provincia, ovvero in Valle dell'Adige (0,7x1.000), Alto Garda e Ledro e Vallagarina (0,6x1.000), mentre il valore minimo si registra nelle Valli Giudicarie (0,2x1.000).

Fig. 8 Provincia di Trento. Tasso standard di accesso per comprensorio di residenza. Anni 2006-2008.



## Caratteristiche degli accessi in Pronto Soccorso

Tab. 5 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per punto di PS. Anni 2006-2008.

Ospedale	N.ro	%
S. Chiara Adulti	466	52,4
Rovereto	181	20,4
Arco	104	11,7
Borgo	45	5,1
Cles	37	4,2
Cavalese	30	3,4
Tione	17	1,9
Mezzolombardo	7	0,8
Villa Igea	2	0,2
<i>Totale</i>	<i>889</i>	<i>100,0</i>

In relazione a quanto osservato sopra, le strutture a cui afferisce la maggior parte dei soggetti sono quelle di Trento, Rovereto ed Arco.

Gli accessi si concentrano maggiormente nei mesi primaverili ed estivi, con una frequenza maggiore nel mese di luglio.

Tab. 6 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per mese dell'anno. Anni 2006-2008.

Mese	N.ro	%
Gennaio	60	6,7
Febbraio	79	8,9
Marzo	76	8,5
Aprile	56	6,3
Maggio	91	10,2
Giugno	91	10,2
Luglio	92	10,3
Agosto	73	8,2
Settembre	64	7,2
Ottobre	62	7,0
Novembre	62	7,0
Dicembre	83	9,3
<i>Totale</i>	<i>889</i>	<i>100,0</i>

Fig. 9 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale di accessi per stagione. Anni 2006-2008.

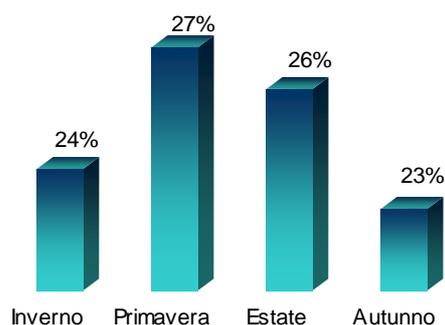
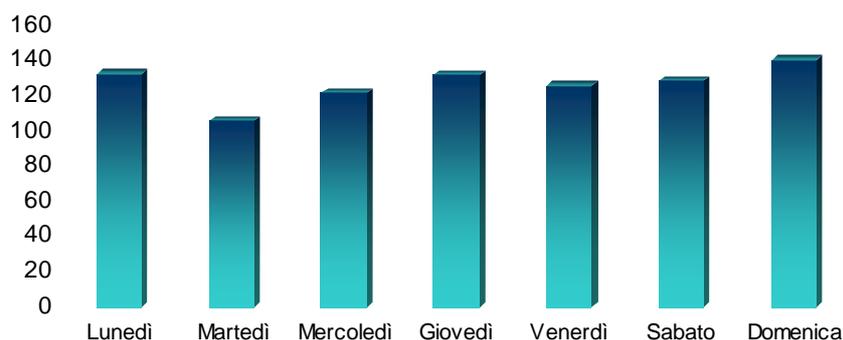
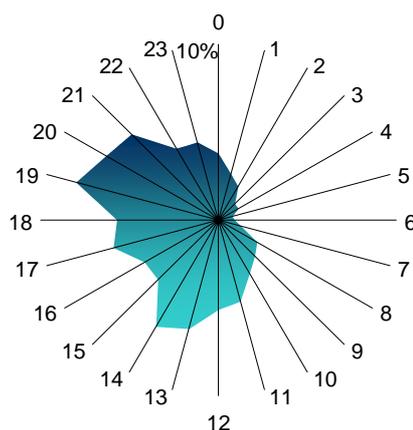


Fig. 10 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta degli accessi per giorno della settimana. Anni 2006-2008.



Si osserva un maggior numero di accessi nelle ore diurne (11-23), in particolare tra le ore 13 e le ore 14 e tra le 19 e le 21.

Fig. 11 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale di accessi per ora di arrivo. Anni 2006-2008.



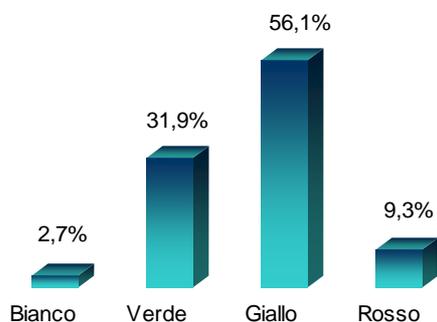
Confrontando le modalità di arrivo in Pronto Soccorso negli accessi per autolesionismo rispetto al totale degli accessi, si osservano sostanziali differenze. Tra i fenomeni di autolesionismo prevale la modalità di accesso tramite ambulanza (59,5% vs. 13% registrato per gli accessi totali al PS). Seguono gli accessi con mezzo proprio (27,6% vs. 57%), e i deambulanti che sono in proporzione nettamente inferiore rispetto a tutti gli accessi (12% vs. 28%).

Tab. 7 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per modalità di arrivo. Anni 2006-2008.

Modalità di arrivo	N.ro	%
Ambulanza	529	59,5
Mezzo Proprio	245	27,6
Deambulante	107	12,0
Elicottero	8	0,9
<i>Totale</i>	<i>889</i>	<i>100,0</i>

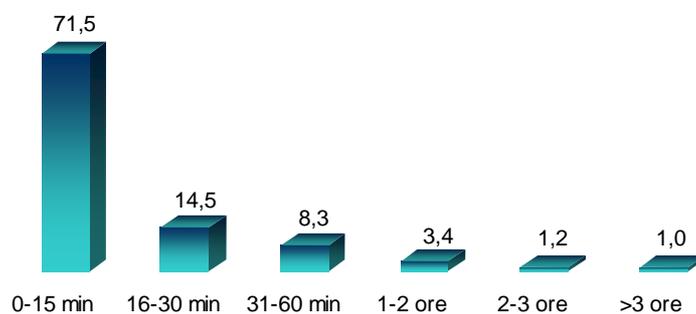
Per quanto riguarda il codice triage (escludendo 8 accessi per cui non è riportato) si osserva che un terzo della casistica è considerato poco grave (codice bianco o verde).

Fig. 12 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale di accessi per triage. Anni 2006-2008.



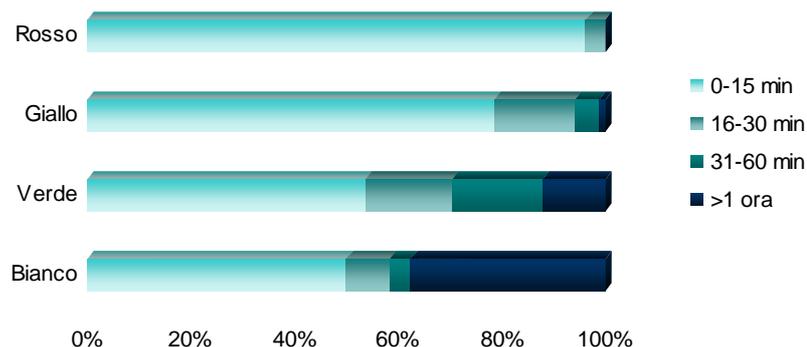
Il 71,5% accede alla visita entro un quarto d'ora dal momento dell'accesso (se consideriamo la totalità degli accessi tale valore è pari a circa 50%); il 94,4 % delle persone viene visitato entro un'ora. Il tempo medio di attesa è pari a 18 min. Il tempo di attesa massimo è di 267 min (circa 6 ore e mezza).

Fig. 13 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale di accessi per tempo di attesa. Anni 2006-2008.



Se si analizza il codice triage in relazione al tempo di attesa, la quasi totalità degli accessi identificati come gravi (codice rosso) attendono, come previsto, un tempo inferiore ai 15 min.

Fig. 14 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale di accessi per tempo di attesa e codice triage. Anni 2006-2008.



Nel 59,1% dei casi è stata richiesta una consulenza esterna. Di questi, il 17,5% ha richiesto due o tre consulenze. Come si può vedere nelle tabelle seguenti, oltre il 70% delle consulenze è stato effettuato da parte delle U.O. di Psichiatria. E' da sottolineare un 4% (tra tutte le consulenze) del reparto di Anestesia e Rianimazione.

Tab. 8 Provincia di Trento. Numero di consulenze per accesso. Anni 2006-2008.

<b>N.ro consulenze per accesso</b>	<b>N.ro</b>
0	364
1	433
2	80
3	12
Almeno una consulenza	525

Tab. 9 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale per reparto di consulenza (prima consulenza). Anni 2006-2008.

<b>Reparto di prima consulenza</b>	<b>N.ro</b>	<b>%</b>
Psichiatria	394	75,0
Poliambulatorio	67	12,8
Medicina	15	2,9
Anestesia e Rianimazione	15	2,9
Gastroenterologia	8	1,5
Neurologia	8	1,5
Altro	18	3,4
<i>Totale</i>	<i>525</i>	<i>100,0</i>

Tab. 10 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta per reparto di consulenza (tutte le consulenze). Anni 2006-2008

<b>Reparto di consulenza</b>	<b>N.ro</b>	<b>%</b>
Psichiatria	447	71,1
Poliambulatorio	74	11,8
Anestesia e Rianimazione	25	4,0
Medicina	21	3,3
Neurologia	13	2,1
Gastroenterologia	12	1,9
Ortopedia	8	1,3
Chirurgia	5	0,8
Ortopedia 1	4	0,6
Chirurgia vascolare	4	0,6
Altro	16	2,5
<i>Totale</i>	<i>629</i>	<i>100,0</i>

Stratificando per sesso non si hanno grandi variazioni percentuali per quanto riguarda le consulenze psichiatriche (71,9% nelle donne e 70,1% negli uomini). Stratificando per fascia di età emerge che la proporzione minore di consulenze psichiatriche è presente nella classe degli ultra

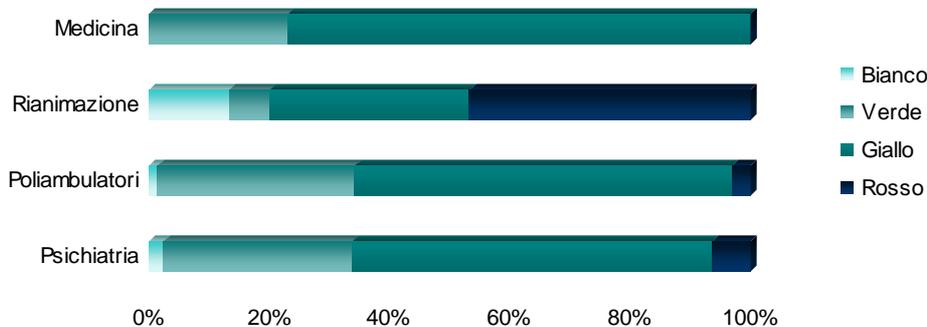
cinquantenni (62,9% del totale delle consulenze). Nella tabella seguente osserviamo che le proporzioni variano molto a seconda dell'istituto.

Tab. 11 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale delle consulenze psichiatriche per istituto (tutte le consulenze). Anni 2006-2008

Istituto	Consulenze psichiatriche	Consulenze totali	Consulenze psichiatriche su totali (%)
Arco	77	86	89,5
Trento - Mezzolombardo	319	370	86,2
Borgo	35	48	72,9
Cles	14	21	66,7
Cavalese	2	16	12,5
Rovereto	0	76	0,0
Tione	0	12	0,0
<b>Totale</b>	<b>447</b>	<b>629</b>	<b>71,1</b>

Per quanto riguarda la prima consulenza richiesta, come atteso la maggior parte dei codici rossi confluisce nel reparto di rianimazione. Se consideriamo come gravi i codici rosso e giallo, sia il reparto di rianimazione che quello di medicina presentano quasi l'80% di casi gravi.

Fig. 15 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale del tipo di triage per reparto di consulenza (prima consulenza). Anni 2006-2008.



Nel 41,6% dei casi l'accesso termina con la dimissione, nel 31,5% con un ricovero (in particolare nel reparto di psichiatria e di medicina), nell'11,1% con un trasferimento e nel 18,7% con allontanamenti, rifiuti, decessi o altro. La percentuale di ricoveri non varia per sesso (32,2% nelle femmine e 30,7% nei maschi), mentre aumenta col crescere dell'età: si passa da una percentuale di ricoveri di circa il 20% sotto i 20 anni, ad una percentuale del 44% oltre i 50 anni.

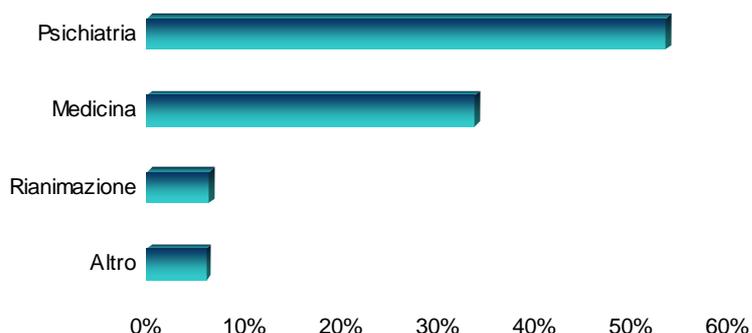
Se consideriamo invece chi si allontana o rifiuta il ricovero o il trasferimento la percentuale totale è dell'11,8% e varia nei due sessi: 9,4% nelle donne e 14,4% negli uomini. Tale percentuale

varia anche per fascia d'età: si ha il 17,7% di rifiuti/allontanamenti nella fascia 30-39 anni, mentre si hanno percentuali più basse nelle fasce 15-19 e oltre i 50 anni (7,6% e 5,2%).

Tab. 12 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per esito. Anni 2006-2008.

Esito	N.ro	%
Dimessi	370	41,6
Ricoverati	280	31,5
Trasferiti	99	11,1
Allontanamenti	57	6,4
Rifiuti	48	5,4
Altro	33	3,7
Deceduti	2	0,2
<i>Totale</i>	<i>889</i>	<i>100,0</i>

Fig. 16 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale dei ricoveri per reparto. Anni 2006-2008.



Se si classificano gli accessi in base al tipo di autolesionismo, si ottiene la distribuzione riportata nella seguente tabella. Un 21% dei casi è risultato inclassificabile a causa della mancanza di elementi caratterizzanti.

Tenuto conto di ciò, il 75% dei rimanenti accessi sono avvenuti per avvelenamento (abuso di farmaci, ingestione di sostanze nocive, intossicazioni...), circa il 20% per ferite (tagli, trauma cranico, ingestioni di lamette), e il restante 5% per altre cause (ingestione di corpi estranei, defenestrazione, annegamento...). Stratificando per sesso, si osserva che nelle donne la percentuale di avvelenamenti sale all'85% (63% negli uomini). Stratificando invece per classe d'età, non emergono differenze percentuali per quanto riguarda l'avvelenamento.

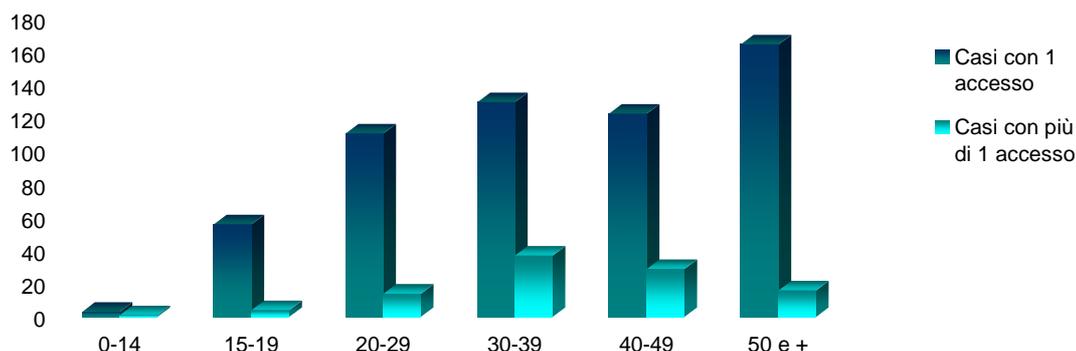
Probabilmente i tipi di autolesionismo più drastici (defenestrazione, annegamento, arma da fuoco, impiccagione, investimento, incendio) sono da considerarsi effettivi tentativi di suicidio.

Tab. 13 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta e percentuale di accessi per tipo di autolesionismo codificato manualmente. Anni 2006-2008.

Tipo di autolesionismo	N.ro	%
Avvelenamenti	527	74,9
Ferite	135	19,2
Ingestione di corpi estranei	15	2,1
Defenestrazione	14	2,0
Annegamento	5	0,7
Arma da fuoco	3	0,4
Impiccagione	2	0,3
Investimento	2	0,3
Incendio	1	0,1
<i>Totale</i>	<i>704</i>	<i>100,0</i>

L'85,3% delle persone ha effettuato un solo accesso nel triennio, il 14,7% più di uno, in particolare il 9,7% ne ha effettuati 2, il 2,6% si è presentato 3 volte e il 2,3% ha effettuato accessi di ordine superiore. Non ci sono differenze per sesso: in entrambi i casi le percentuali di chi ha effettuato un accesso e più di uno, coincidono col dato totale. Nella tabella seguente si vede invece come variano gli accessi ripetuti a seconda della classe d'età: si osserva che nella classe 30-39 gli accessi ripetuti sono in proporzione di più che nelle altre classi d'età.

Fig. 17 Provincia di Trento. Distribuzione del numero di accessi per classe d'età. Anni 2006-2008.



Confronto con la casistica dei Suicidi 2003-2007 della provincia di Trento

In questa sezione si mettono a confronto i dati riguardanti i suicidi degli anni 2003-2007 e i fenomeni di autolesionismo e di tentato suicidio degli anni 2006-2008 registrati nei residenti in provincia di Trento, evidenziando i rapporti tra tali eventi in relazione alla classe d'età, al sesso e al comprensorio di residenza. Dato che i periodi di riferimento sono diversi nei due casi, si parlerà di media annua.

Tab. 14 Provincia di Trento. Distribuzione assoluta suicidi e autolesionismi. Anni 2006-2008.

Anno	Suicidi	Autolesionismi
2003	48	n.d.
2004	50	n.d.
2005	38	n.d.
2006	37	251
2007	37	268
2008	n.d.	271

Per i due anni per cui sono disponibili i dati per entrambi i fenomeni (2006 e 2007), il rapporto tra autolesionismi e suicidi è pari rispettivamente a 6,7 e 7,2. Vale a dire 1 caso di suicidio ogni 6,7-7,2 casi di autolesionismo. Il rapporto varia in modo rilevante con la fascia di età. Infatti dalla tabella seguente si osserva che la fascia di età in cui gli autolesionismi sono in proporzione più alta rispetto ai suicidi è quella compresa tra 15-19 anni ( $A/S=17,3$ ); a seguire si trova la classe 30-39 anni con  $A/S=13,2$ . Il rapporto più basso lo si trova nella fascia degli ultra cinquantenni con tre autolesionismi per suicidio.

Tab. 15 Provincia di Trento. Media annua suicidi e autolesionismi e rapporto annuo nei residenti per classe d'età. Anni 2003-2008.

Classi d'età	Suicidi / anno	Autolesionismi / anno	Rapporto annuo A / S
0-14	0,2	1,7	8,3
15-19	1,0	17,3	17,3
20-29	5,8	43,0	7,4
30-39	5,6	74,0	13,2
40-49	8,2	66,3	8,1
50+	21,2	61,0	2,9
Media annua	42,0	263,3	6,3

Un dato rilevante emerge nel confronto tra sessi. Nella tabella seguente si riporta la media annua di suicidi e autolesionismi per maschi e femmine. Se si considerano complessivamente questi due fenomeni, si osserva che negli uomini si verificano circa 160 eventi all'anno, mentre nelle donne circa 146. Il rapporto annuo tra autolesionismi e suicidi nelle donne è di circa 6 volte maggiore che nei maschi (per le prime si verificano 20,5 autolesionismi per ogni suicidio vs 3,5 autolesionismi per ogni suicidio nei maschi). Tuttavia bisogna tenere presente che nei maschi si verificano un numero di suicidi ben 5 volte maggiore che nelle femmine.

Nei maschi si osserva quindi complessivamente un numero leggermente maggiore di eventi nell'arco di un anno, ma un numero nettamente superiore di suicidi rispetto alle femmine.

*Tab. 16 Provincia di Trento. Media annua suicidi e autolesionismi e rapporto annuo nei residenti, per sesso. Anni 2003-2008.*

<b>Sesso</b>	<b>Suicidi / anno</b>	<b>Autolesionismi / anno</b>	<b>Rapporto annuo A / S</b>
Maschio	35,2	124,0	3,5
Femmina	6,8	139,3	20,5
<i>Totale</i>	<i>42,0</i>	<i>263,3</i>	<i>6,3</i>

Considerando la residenza, il valore maggiore si registra nel comprensorio della Valle dell'Adige con un rapporto pari a 10,9 (valore minimo pari a 2,0 della Val di Sole).

*Tab. 17 Provincia di Trento. Media annua di suicidi e autolesionismi e rapporto annuo nei residenti per comprensorio di residenza. Anni 2003-2008.*

<b>Comprensorio</b>	<b>Suicidi / anno*</b>	<b>Autolesionismi / anno**</b>	<b>Rapporto annuo A / S</b>
Valle dell'Adige	10,6	116,0	10,9
Vallagarina	9,4	55,0	5,9
Alta Valsugana	4,6	18,7	4,1
Alto Garda e Ledro	3,4	29,7	8,7
Giudicarie	3,2	8,7	2,7
Valle di Non	3,0	9,7	3,2
Bassa Valsugana e Tesino	2,6	7,7	2,9
Valle di Fiemme	2,0	7,0	3,5
Valle di Sole	2,0	4,0	2,0
Primiero	0,6	4,7	7,8
Ladino di Fassa	0,6	2,3	3,9
<i>Provincia</i>	<i>42,0</i>	<i>263,3</i>	<i>6,3</i>

\* media annua dal 2003 al 2007

\*\*media annua dal 2006 al 2008

## CONCLUSIONI

---

Gli atteggiamenti autolesivi e i tentativi di suicidio sono un fenomeno di grande rilevanza per la sanità pubblica, in quanto rappresentano dei fattori di rischio per un successivo suicidio. Un loro attento monitoraggio ed una pronta presa in carico, possono contribuire al controllo ed alla prevenzione di un evento successivo suicidario. Monitorare tali eventi non risulta però immediato, in quanto non è presente un flusso informativo ad hoc.

La strada seguita in questo studio è stata quella di analizzare gli accessi al Pronto Soccorso della provincia di Trento che riguardassero eventi autolesivi e suicidari. I punti di Pronto Soccorso presenti in provincia di Trento sono tutti informatizzati e grazie a questo è stato possibile effettuare delle analisi di dettaglio. Nell'approccio iniziale sono emersi però, come atteso, dei problemi di codifica di tali eventi presso i reparti di Pronto Soccorso, dovuti al di là delle tipologie assistenziali specifiche, anche alla variabilità dei criteri di registrazione che ne rende difficile la standardizzazione.

Per quantificare al meglio il fenomeno, è stata necessaria la cooperazione di vari ambiti come l'Osservatorio Epidemiologico, i Sistemi Informativi, le Unità Operative di Psichiatria e Psicologia e il Pronto Soccorso. Da questa collaborazione è stato possibile determinare dei criteri di estrazione dei fenomeni autolesivi e suicidari dal database del Pronto Soccorso della provincia di Trento, che potessero raccogliere nella maniera più esauriente e precisa possibile i casi cercati e che privilegiassero la sensibilità piuttosto che la specificità.

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi, nel triennio considerato si sono registrati circa 300 **accessi annui** (circa 260 nei residenti) che rappresentano l'1,4‰ del totale degli accessi nelle strutture di Pronto Soccorso. Non emergono particolari differenze per  **sesso**, ma piuttosto per **fascia di età**, dove si registra un picco nella fascia 30-39 anni (tasso pari a 0,9‰ vs 0,5‰ della casistica totale).

Il 14,5% degli accessi viene effettuato da parte di cittadini **stranieri**; per quanto riguarda i **residenti** il tasso di afferenza più alto si registra nei comprensori di Valle dell'Adige, Alto Garda e Ledro e Vallagarina (0,6 - 0,7 ‰ vs 0,5 ‰ della provincia).

Per quanto riguarda il **periodo** in cui avvengono tali fenomeni, si è osservato che prevalgono gli accessi nei mesi di maggio, giugno e luglio e che si concentrano nelle ore diurne.

Circa i due terzi della casistica sono considerati di grave entità (**triage** giallo e rosso).

Il **tempo di attesa** per gli accessi legati ai fenomeni autolesivi risulta inferiore rispetto alla casistica complessiva che si presenta presso le strutture di Pronto Soccorso: il 71,5% delle persone viene visitato entro un quarto d'ora.

I principali **tipi di autolesionismo** riguardano l'avvelenamento (75%; vengono inclusi abuso di farmaci, ingestione di sostanze nocive, intossicazioni...) e le ferite (circa il 20%: tagli, trauma cranico, ingestioni di lamette). Il restante 5% riguarda altre cause (ingestione di corpi estranei, defenestrazione, annegamento...).

Sono richieste consulenze nel 59,1% dei casi. Come atteso, oltre il 70% delle **consulenze** è stato richiesto all'U.O. di Psichiatria; è da sottolineare inoltre un 4% di consulenze da parte del reparto di Anestesia e Rianimazione.

Per quanto riguarda l'**esito** degli accessi, il 41,6% dei pazienti è stato dimesso, mentre circa un terzo è stato ricoverato in ospedale, in particolare nei reparti di Psichiatria e Medicina.

Infine, confrontando i dati tra **suicidi e fenomeni autolesivi**, emergono differenze per sesso, classe d'età e comprensorio di residenza. In particolare il rapporto tra atteggiamenti autolesivi e suicidi risulta maggiore nelle donne rispetto agli uomini (20,5 vs 3,5), nella fascia 15-19 anni con un valore pari a 17,3 (valore minimo pari a 2,9 nella fascia 50 anni) e nel comprensorio della Valle dell'Adige con un valore pari a 10,9 (valore minimo pari a 2,0 della Val di Sole).

Un ulteriore approfondimento di questo studio potrebbe riguardare l'analisi di tali fenomeni in relazione ad altre fonti, concentrandosi anche sul **follow up** dei pazienti (Centro Salute Mentale, Archivio mortalità), in modo da riuscire ad analizzare il problema in maniera più completa ed integrata.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. *Andrea Gaddini, Antonella Crescenzi, Valentina Mattia. Tentato suicidio nei servizi per l'Emergenza: una valutazione degli accessi nei PS della Regione Lazio (2006-2007).*
2. *Sito internet: <http://www.prevenireilsuicidio.it/nomenclatura.htm>, Maurizio Pompili, Il problema della nomenclatura.*
3. *Roberto Tatarelli, Maurizio Pompili. Suicidio ed autolesionismo: verso una migliore definizione dei quadri di presentazione. Department of Psychiatry – Sant'Andrea Hospital "Sapienza" University of Rome Italy. McLean Hospital – Harvard Medical School USA.*
4. *Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI, USA.*
5. *Mark Olfson, MD, MPH; Marc J. Gameroff, PhD; Steven C. Marcus, PhD; Ted Greenberg, MPH; David Shaffer, MD. Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:1122-1128.*
6. *Kemball RS, Gasgarth R, Johnson B, Patil M, Houry D. Unrecognized suicidal ideation in ED patients: are we missing an opportunity? Emory University Department of Emergency Medicine, Atlanta, GA 30303, USA.*
7. *Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. Emergency Medicine Center, David Geffen School of Medicine at the University of California-Los Angeles, Los Angeles, CA, USA.*
8. *Sito internet: <http://m.aipsimed.org/node/3545>, Il suicidio: cause e prevenzione (by AIPSIMED – March 8th, 2009):*
9. *Cinzia Purromuto. L'incomunicabilità dell'essere. Riflessioni sul comportamento autodistruttivo. SIBRIC Portale di ricerca, informazione e confronto sui comportamenti autolesionistici: <http://www.sibric.it/home.html>.*