

[TeenScreen Program]

Programma per la prevenzione del disagio e del suicidio in adolescenza



MINISTERO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO DELLA GIOVENTÙ



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù



Servizio per la Prevenzione del Suicidio,
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

[Che cos'è il TeenScreen Program?]



Il TSP è un programma nazionale di salute mentale per la prevenzione del disagio e del suicidio rivolto ai giovani dagli 11 ai 22 anni di età. Questo programma è stato realizzato presso la Columbia University di New York, Dipartimento di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Il TSP può essere utilizzato in diversi setting (scolastico, studi medici, carceri minorili, ecc.) e su diverse popolazioni giovanili per identificare soggetti a rischio di suicidio, depressione e altri disturbi mentali.

Il TSP è un programma di screening volontario che prevede la somministrazione di due questionari di screening, di una debriefing interview e di un'intervista clinica per i soggetti a rischio.

Fasi del Teen screen program:

- Scelta del setting (scuole, studi medici, cliniche, carceri minorili, reparti ospedalieri).
- Consenso informato dei genitori per i minori.
- Questionari di screening CHS- DPS.
- Debriefing interview per tutti i partecipanti
- Intervista clinica per i soggetti positivi allo screening
- Case management

Il TSP non è uno strumento diagnostico. In seguito a valutazione clinica i soggetti a rischio di suicidio vengono inviati presso i servizi di salute mentale presenti sul territorio per la presa in carico.

[Perché prevenire il disagio in adolescenza?]

Viene riconosciuta come una fase autonoma e prolungata dello sviluppo umano, in cui il soggetto si trova a dover affrontare le problematiche imposte dallo sviluppo biologico, fisico, psicologico e sociale (Palmonari, 2002). La pubertà segna un passaggio decisivo tra la condizione fisiologica del bambino e quella dell'adulto. I cambiamenti corporei sono molteplici per cui l'adolescente inizia ad interrogarsi sul proprio corpo e sulla propria sessualità. Sroufe e Rutter (1984) asseriscono che la qualità dell'adattamento durante questa delicata fase evolutiva è fondamentale per comprendere lo sviluppo successivo. Lo sviluppo normale e patologico dell'individuo deriva dalla relazione dinamica con l'ambiente.

In particolare i fattori di vita stressanti come la perdita (morte o separazione) delle figure genitoriali, insuccessi e fallimenti, handicap fisici, timore di punizioni, rabbia/ vendetta, autopunizione, bassa autostima, conflitti in famiglia, disturbi psichiatrici dei genitori, abuso fisico e sessuale, sono spesso associati con i disturbi depressivi e comportamenti suicidari (Sha'er et al., 2003).

Da non sottovalutare la relazione tra disturbi psichiatrici e il suicidio. Infatti, circa i due terzi dei soggetti che completano il suicidio presentavano episodi di depressione maggiore al momento dell'atto. Soggetti a rischio da de-

pressione maggiore, disturbi bipolari di tipo I e II sembrerebbero essere maggiormente a rischio di suicidio rispetto a soggetti con altri disturbi psichiatrici. In particolare persone con disturbo bipolare sono circa 30 volte più a rischio di tentato suicidio rispetto al gruppo di controllo (Kessler et al 1999). Il suicidio non è molto frequente durante l'infanzia e la prima adolescenza, la maggior parte dei tentati suicidi si concentra tra i 12 e i 14 anni. L'incidenza dei suicidi aumenta nella tarda adolescenza e continua ad aumentare fino ai venti anni d'età, mantenendo lo stesso livello durante l'età adulta. Sha'er et al. (1996), sottolineano che molto probabilmente l'età d'esordio del suicidio non avviene mai prima dei 12-13 anni in quanto i disturbi dell'umore e l'esposizione alle droghe e all'alcol, due fattori di rischio molto significativi, sono molto rari durante l'infanzia.

L'incidenza dei suicidi nella popolazione generale secondo vari studi è circa 12-20 casi per 100.000, quella dei tentati suicidi di 215 casi per 100.000, con alcune variazioni a seconda delle popolazioni. Il rapporto tra suicidi e tentati suicidi è di 1 a 10.

Il suicidio tra gli adolescenti rappresenta il 6% di tutti i suicidi. In questa fascia di età esso rappresenta la 3a causa di morte. Studi epidemiologici effettuati in altri paesi, in particolare negli Stati Uniti, suggeriscono che negli ultimi 20 anni l'incidenza del suicidio tra gli adolescenti sia nettamente cresciuta.

I casi di tentati suicidi vanno da circa 5 per 100.000 tra i 12-14 anni e 6 tra 20 e 24 anni, 15 oltre i 65 anni. Studi longitudinali hanno documentato che il 10% degli adolescenti che hanno tentato il suicidio lo ritenterà entro 3 mesi successivi (Shaffer, et al., 1996).

Gli ultimi episodi di cronaca nel nostro paese dimostrano come questo fenomeno stia diventando sempre più rilevante. Attualmente in Italia esistono ancora pochi studi che evidenziano l'esistenza di questo problema nella popolazione adolescenziale. Ancora meno sono i programmi di prevenzione per arginare questo problema.

Il Teen Screen Program, vuole proporre nuove strategie di prevenzione volto a ridimensionare questo allarmante fenomeno in espansio-

ne tra i giovani. Il TSP ha dimostrato di essere uno strumento di screening a dabile capace di rilevare casi a rischio di sviluppare patologie psichiatriche. Prevenire in età adolescenziale, disagi che potrebbero diventare cronici in età adulta significa migliorare la qualità della vita, risparmiare sulla spesa pubblica sanitaria, e dare maggiori garanzie ai cittadini sui servizi erogati. In Italia il Teen Screen Program è attualmente in fase di validazione all'interno del Servizio di Prevenzione del Suicidio dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, in convenzione con il Dipartimento della Gioventù, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

[BIBLIOGRAFIA]

- Kessler RC, Borges G, Walters EE. 1999. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56:617-26.
- Palmonari A, 2002. *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna.
- Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G, Angeletti G, Lester D, Girardi P, Tatarelli R, De Pisa E. 2008. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent?. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1): 247-255.
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. 2006. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4): 276-295.
- Sha'er D, Fisher P, Dulcan MK, et al. 1996. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study (Method for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study). *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.
- Sroufe LA, Rutter M. 1984. The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55: 17-29.



[Info e contatti]

Servizio per la Prevenzione
del Suicidio,
UOC di Psichiatria,
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Via di Grottarossa, 1035 -1039
00189 Roma
Tel. 06.33775675
Fax 06.33775342

E.mail: federicaricci81@yahoo.it
Cell. 3897985961