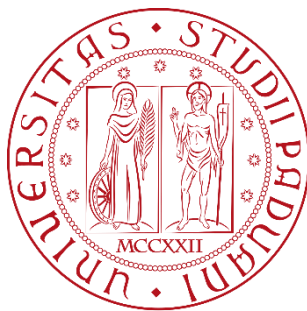




UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

Direttore: Prof. Eugenio Baraldi

U.O.C. Neuropsichiatria Infantile

Direttore: Prof.ssa Michela Gatta

TESI DI LAUREA

**“Autolesionismo nell'emergenza psichiatrica
adolescenziale: studio degli accessi in Pronto Soccorso
(2019-2025)”**

Relatrice

Prof.ssa Michela Gatta

Correlatori

Dott.ssa Alessia Raffagnato

Dott. Vito Ciani

Dott.ssa Daniela Braghin

Laureando

Simone Scanagatta

Matricola 2009020

Anno Accademico 2025 / 2026

SOMMARIO

1) RIASSUNTO	1
1.1 BACKGROUND	1
1.2 MATERIALI E METODI.....	1
1.3 RISULTATI.....	1
1.4 CONCLUSIONI.....	2
2) ABSTRACT	2
2.1 BACKGROUND	2
2.2 MATERIALS AND METHODS	2
2.3 RESULTS	2
2.4 CONCLUSIONS	3
3) INTRODUZIONE.....	4
3.1 CRITICITÀ EVOLUTIVE DELL'ADOLESCENZA	4
3.1.1 Tappe dello sviluppo neurobiologico e psicologico.....	4
3.1.2 La vulnerabilità psichica in adolescenza	5
3.1.3 Epidemiologia dei disturbi mentali nell'adolescente moderno.....	6
3.2. AUTOLESIVITÀ IN ADOLESCENZA	7
3.2.1 Inquadramento clinico e nosografico.....	7
3.2.2 Non-Suicidal Self-Injury.....	8
3.2.2.1 <i>Modelli funzionali</i>	8
3.2.2.2 <i>Modalità, frequenza ed età di esordio</i>	9
3.2.3 Comportamento Suicidario	10
3.2.3.1 <i>Ideazione, pianificazione e tentativo di suicidio</i>	10
3.2.3.2 <i>Il continuum tra NSSI e comportamento suicidario</i>	11
3.2.4 Fattori di rischio e di protezione	12
3.2.4.1 <i>Fattori individuali: genere, comorbidità psichiatriche, disturbi del sonno e dispercezioni</i>	12
3.2.4.2 <i>Fattori ambientali: dinamiche familiari, rete amicale, traumi pregressi e scolarizzazione</i>	14

3.2.4.3 Cronobiologia dell'autolesionismo	17
3.2.4.4 Comportamenti additivi e disregolazione	18
3.3 URGENZA ED EMERGENZA PSICHIATRICA IN ADOLESCENZA ...	20
3.3.1 L'impatto della pandemia sugli accessi in Pronto Soccorso per cause psichiatriche	20
3.3.2 La gestione dell'adolescente in un Pronto Soccorso dell'adulto	21
3.3.3 Il ruolo della consulenza neuropsichiatrica in un modello Hub & Spoke	26
3.4 STRATEGIE TERAPEUTICHE, PREVENZIONE E PERCORSI POST-ACUZIE	28
3.4.1 Principi di trattamento farmacologico nell'urgenza e nella fase di mantenimento.....	28
3.4.2 Interventi psicoterapici evidence-based.....	31
3.4.3 Dal ricovero alla continuità assistenziale come strumento per evitare il fenomeno dei <i>revolving door</i>	32
4) SCOPO DELLO STUDIO E IPOTESI	35
4.1 IMPATTO PANDEMICO, STAGIONALITÀ E RITMI CIRCADIANI	35
4.1.1 Casi complessi e andamento pandemico	35
4.1.2 Andamento stagionale degli accessi e differenze di genere.....	35
4.1.3 Cronobiologia circadiana e disturbi del sonno	36
4.2 PROFILO ANAGRAFICO, ABBANDONO SCOLASTICO, DINAMICHE FAMILIARI E RELAZIONALI.....	36
4.2.1 Età al momento dell'accesso	36
4.2.2 <i>Dropout</i> scolastico	36
4.2.3 Contesto abitativo e profilo di gravità clinica.....	37
4.2.4 Rete amicale e relazione sentimentale	37
4.3 PROFILO CLINICO-COMPORTAMENTALE, SPETTRO AUTOLESIVO-SUICIDARIO E TRAUMI.....	38
4.3.1 Confronto tra primo accesso e ritorno	38

4.3.2 Ideazione anticonservativa e comportamenti autolesivi (NSSI).....	38
4.3.3 Fattori di vulnerabilità: eventi traumatici e abuso di sostanze.....	38
4.4 ANDAMENTO DEI RICOVERI IN BASE AL PERIODO COVID.....	39
5) MATERIALI E METODI.....	40
5.1 DISEGNO DELLO STUDIO.....	40
5.2 PARTECIPANTI E CRITERI DI RECLUTAMENTO	40
5.3 PROCEDURA DI RACCOLTA DATI	40
5.4 VARIABILI DELLO STUDIO	41
5.4.1 Variabili socio-demografiche e familiari	41
5.4.2 Caratteristiche dell'accesso in urgenza	41
5.4.3 Categorie diagnostiche (Codici ICD-10)	42
5.4.4 Trattamenti farmacologici.....	42
5.4.5 Profilo clinico, comportamenti a rischio e anamnesi.....	42
5.5 ANALISI STATISTICA	43
6) ANALISI DATI	44
6.1 ANALISI DESCRITTIVA DEL CAMPIONE	44
6.1.1 Caratteristiche socio-demografiche e familiari.....	44
6.1.2 Profilo psicopatologico e anamnesi Clinica.....	45
6.1.3 Dinamiche di entrata e dimissione degli Accessi.....	47
6.1.4 Comportamenti autolesivi e rischio suicidario	51
6.2 ANALISI BIVARIATE E STUDIO DI ASSOCIAZIONI.....	53
6.2.1 Impatto pandemico, stagionalità e ritmi circadiani.....	53
6.2.1.1 <i>Casi complessi e andamento pandemico</i>	53
6.2.1.2 <i>Andamento stagionale degli accessi e differenze di genere</i>	53
6.2.1.3 <i>Cronobiologia circadiana e disturbi del sonno</i>	53
6.2.2 Profilo anagrafico, abbandono scolastico, dinamiche familiari e relazionali.....	54
6.2.2.1 <i>Età al momento dell'accesso</i>	54

6.2.2.2 <i>Analisi del dropout scolastico</i>	55
6.2.2.3 <i>Contesto abitativo e profilo di gravità clinica</i>	56
6.2.2.4 <i>Rete amicale e relazione sentimentale</i>	56
6.2.3 <i>Profilo clinico-comportamentale, spettro autolesivo-suicidario e traumi</i>	57
6.2.3.1 <i>Confronto tra primo accesso e ritorno</i>	57
6.2.3.2 <i>Ideazione anticonservativa e comportamenti autolesivi (NSSI)</i>	59
6.2.3.3 <i>Fattori di vulnerabilità: eventi traumatici e abuso di sostanze</i>	59
6.2.4 <i>Andamento dei ricoveri in base al periodo COVID</i>	61
7) DISCUSSIONE	63
7.1 <i>INQUADRAMENTO DEL CAMPIONE</i>	63
7.2 <i>RISULTATI PRINCIPALI</i>	67
7.3 <i>LIMITI DELLO STUDIO</i>	76
8) CONCLUSIONI	79
9) BIBLIOGRAFIA	83

1) RIASSUNTO

1.1 BACKGROUND

L'emergenza psichiatrica adolescenziale, in particolar modo quella legata a comportamenti autolesivi e suicidari, registra un trend in costante e allarmante aumento. Il Pronto Soccorso (PS) è progressivamente divenuto il nodo centrale per l'intercettazione e il contenimento di questo grave disagio, un fenomeno che la pandemia da COVID-19 ha ulteriormente esacerbato, mettendo a dura prova la tenuta dei reparti e dei servizi territoriali.

1.2 MATERIALI E METODI

Il presente studio osservazionale retrospettivo monocentrico ha indagato il profilo clinico, epidemiologico e socio-ambientale di pazienti adolescenti (15-19 anni) giunti in PS Centrale per autolesività e rischio suicidario. Il campione in esame comprende 512 accessi, riferiti a 320 pazienti, valutati presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova nel periodo compreso tra il 2019 e il 2025. Sono state indagate associazioni statistiche tra gravità clinica, categorie diagnostiche, fattori di rischio socio-ambientali, dinamiche di cronicizzazione ospedaliera (*revolving door*) e le fluttuazioni temporali legate al calendario accademico e alle fasi pandemiche.

1.3 RISULTATI

L'analisi ha evidenziato una netta preponderanza del genere femminile (79.5%) e un'elevata complessità psicopatologica, con oltre il 70% dei casi in comorbidità, rappresentata primariamente dai Disturbi dell'Umore, d'Ansia e da tratti personologici di tipo Borderline. Le dinamiche temporali hanno confermato il cosiddetto *School-Year Effect*, documentando come lo stress accademico funga da potente *trigger* per l'accesso in urgenza. L'abbandono scolastico (*dropout*) è risultato significativamente associato ai fenotipi esternalizzanti, mentre i disturbi internalizzanti correlano con il mantenimento della frequenza. Rispetto alle dinamiche relazionali, la presenza di una buona rete amicale è risultata inaspettatamente associata a un maggior tasso di ritorni in urgenza, il che sembrerebbe validare l'ipotesi del *Peer Contagion*. Sul versante dell'autolesività, l'Autolesionismo Non Suicidario (NSSI) cronico (≥ 5 episodi/anno) ha mostrato

una correlazione statisticamente significativa con una maggiore incidenza di Tentativi di Suicidio (TS), evidenziando il ruolo dell'abituazione al dolore. Infine l'analisi delle fasi pandemiche ha rivelato un picco di ospedalizzazioni durante i periodi di *lockdown* (53.6%), seguito nel Post-COVID da un massiccio incremento dei volumi assoluti di presentazione con una flessione percentuale dei ricoveri (42.5%), indicando come l'aumento degli accessi sia stato trainato primariamente da pazienti con quadri clinici a minore intensità e gestibili ambulatorialmente.

1.4 CONCLUSIONI

Lo studio dimostra come il Pronto Soccorso abbia mutato la propria vocazione, trasformandosi nella valvola di sfogo di un disagio giovanile trasversale e pervasivo. Emerge la necessità di intercettare precocemente le traiettorie di cronicizzazione: il superamento della soglia critica dei cinque agiti autolesivi annui rappresenta un campanello d'allarme, richiedendo un intervento intensivo per disinnescare l'assuefazione al dolore e la conseguente *escalation* verso l'effettivo tentativo di suicidio. Sul piano operativo, le evidenze relative al *Peer Contagion* e all'impatto del calendario scolastico consigliano un ripensamento degli interventi preventivi come: implementare programmi di supporto psicologico direttamente all'interno degli istituti scolastici, intensificandoli nelle delicate fasi di ripresa accademica, e promuovere strategie di psicoeducazione mirate a disattivare le dinamiche di co-ruminazione all'interno dei gruppi dei pari. Inoltre le criticità gestionali emerse rendono necessaria una riorganizzazione strutturale dell'assistenza in urgenza: appare prioritario estendere la presenza specialistica neuropsichiatrica anche agli ospedali della rete SPOKE e istituire un servizio di guardia attiva mirato a coprire le fasce orarie pomeridiane e notturne, temporalmente coincidenti con i picchi di affluenza. Tali interventi organizzativi, uniti all'uso sistematico di strumenti di screening rapidi in medicina d'urgenza e al potenziamento delle reti territoriali, si configurano come imprescindibili per arginare la cronicizzazione degli accessi e garantire una presa in carico tempestiva, sicura e appropriata.

2) ABSTRACT

2.1 BACKGROUND

Adolescent psychiatric emergencies, particularly those involving self-harm and suicidal behaviors, have been showing a steady and alarming increase. The Emergency Department (ED) has progressively become the central hub for identifying and managing this severe distress. This phenomenon was further exacerbated by the COVID-19 pandemic, placing unprecedented strain on hospital wards and community-based mental health services.

2.2 MATERIALS AND METHODS

This single-center, retrospective observational study investigated the clinical, epidemiological, and socio-environmental profile of adolescent patients (aged 15-19) presenting to the Emergency Department (ED) for self-harm and suicidal risk. The sample comprised 512 ED visits, corresponding to 320 unique patients, treated at Padua University Hospital between 2019 and 2025. We investigated statistical associations among clinical severity, diagnostic categories, socio-environmental risk factors, the "revolving door" phenomenon (frequent ED readmissions), and temporal fluctuations linked to the academic calendar and pandemic phases.

2.3 RESULTS

The analysis revealed a clear prevalence of female patients (79.5%) and high psychopathological complexity. Over 70% of the cases presented with comorbidities, primarily involving Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Temporal dynamics confirmed the so-called *School-Year Effect*, highlighting how academic stress acts as a powerful trigger for emergency presentations. School dropout was significantly associated with externalizing phenotypes, whereas internalizing disorders correlated with ongoing school attendance. Regarding relational dynamics, the presence of a strong friendship network was unexpectedly associated with a higher rate of ED readmissions, which would seem to validate the *Peer Contagion* hypothesis. In terms of self-harm, chronic Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) (≥ 5 episodes/year) showed a statistically significant correlation with a higher incidence of Suicide Attempts (SA), underscoring the role of pain

habituation. Finally, the analysis of the pandemic phases revealed a peak in hospitalizations during lockdowns (53.6%). In the Post-COVID period, there was a substantial increase in absolute presentation volumes but a percentage drop in hospital admissions (42.5%), indicating that the surge in ED visits was primarily driven by patients with less severe clinical presentations that could be managed in an outpatient setting.

2.4 CONCLUSIONS

The study demonstrates how the emergency department (ED) has shifted its role, becoming an outlet for widespread and pervasive distress among young people. There is a clear need to identify the trajectory toward chronicity at an early stage: crossing the critical threshold of five self-harming acts per year serves as a warning sign, requiring intensive intervention to break the habituation to pain and prevent the subsequent escalation toward an actual suicide attempt. On an operational level, evidence regarding *Peer Contagion* and the impact of the school calendar suggests a rethinking of preventive interventions, such as: implementing psychological support programs directly within schools, intensifying them during the sensitive phases of academic resumption, and promoting psychoeducational strategies aimed at deactivating co-rumination dynamics within peer groups. Furthermore, the management challenges that have emerged necessitate a structural reorganization of emergency care: it appears a priority to extend neuropsychiatric specialist coverage to hospitals in the SPOKE network and to establish an active on-call service aimed at covering afternoon and nighttime hours, which coincide with peak patient volumes. These organizational interventions, combined with the systematic use of rapid screening tools in emergency medicine and the strengthening of local networks, are essential to stem the trend toward chronic care and ensure timely, safe, and appropriate patient management.

3) INTRODUZIONE

3.1 CRITICITÀ EVOLUTIVE DELL'ADOLESCENZA

3.1.1 Tappe dello sviluppo neurobiologico e psicologico

L'adolescenza è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come quella fase della vita compresa tra i 10 e i 19 anni, un periodo di transizione caratterizzato da una profonda riorganizzazione che coinvolge in modo sinergico la sfera psicosociale e le strutture neurobiologiche del sistema nervoso centrale (1). Questa tappa evolutiva non rappresenta soltanto un passaggio biologico e ormonale legato alla pubertà, ma costituisce un momento di massimo cambiamento, durante il quale l'individuo è chiamato a rispondere a compiti di sviluppo cruciali: la costruzione di un'identità autonoma, la separazione dalle figure genitoriali e l'acquisizione di nuove competenze sociali e cognitive (2).

Sotto il profilo psicologico, il passaggio all'adolescenza coincide con l'affermazione del pensiero operatorio formale, che permette al giovane di ragionare su concetti astratti, ipotetici e sul futuro, ampliando enormemente l'orizzonte delle proprie riflessioni (3). È in questo contesto che si inserisce il processo di formazione dell'identità, spesso accompagnato da una fase di sperimentazione e da una marcata sensibilità al giudizio dei pari. Il gruppo dei coetanei diviene il principale termine di confronto, determinando uno spostamento del centro affettivo dall'ambito familiare alla rete sociale amicale (2). Questa necessità di affermazione e appartenenza può tuttavia generare fluttuazioni significative nei livelli di autostima e nella percezione di sé, rendendo il benessere psicologico particolarmente dipendente dal successo delle relazioni interpersonali (4).

Questa evoluzione psicologica poggia su una base neurobiologica in costante mutamento. Le evidenze prodotte dalle moderne tecniche di neuroimaging hanno gettato luce sulla natura dinamica e non lineare della maturazione cerebrale, rivelando come essa proceda secondo traiettorie differenti in base alla popolazione neuronale coinvolta. Tale processo si caratterizza per un duplice movimento: da un lato, un incremento costante della sostanza bianca, espressione di una progressiva mielinizzazione che ottimizza la velocità e l'integrazione della comunicazione tra

aree cerebrali differenti; dall'altro, una contestuale riduzione della sostanza grigia, che segue un andamento a campana (cresce rapidamente nell'infanzia, raggiunge un picco all'inizio della pubertà e infine diminuisce durante l'adolescenza) (1,5).

La tempistica di questo rimodellamento non è uniforme: mentre le regioni sensoriali e motorie completano il loro sviluppo precocemente, le aree prefrontali, deputate alle funzioni esecutive superiori e al controllo degli impulsi, raggiungono la piena maturità solo alle soglie dell'età adulta (1).

Un concetto affascinante per integrare la dimensione psicologica con quella neurobiologica è un modello che evidenzia un'asincronia tra la rapida maturazione del sistema *bottom-up* limbico (legato alle emozioni e alla ricompensa) e lo sviluppo più lento dei sistemi di controllo *top-down* prefrontali (6). Mentre il sistema limbico mostra una spiccata iper-reattività agli stimoli socio-emotivi e gratificanti, alimentando la ricerca di novità e il bisogno di approvazione sociale tipici di questa età, le capacità di inibizione e di valutazione del rischio non sono ancora strutturalmente mature per bilanciare tali impulsi (7).

Anche le fluttuazioni neurochimiche che coinvolgono i sistemi dopaminergici e serotoninergici influenzano la reattività allo stress e la regolazione dell'umore, esacerbando la fragilità psichica dell'adolescente (8).

3.1.2 La vulnerabilità psichica in adolescenza

Se dal punto di vista puramente fisico l'adolescenza coincide con l'apice della forza e della salute fisica, essa si configura paradossalmente come una fase di massima fragilità per la salute mentale. Questa incongruenza è evidenziata dal fatto che, nonostante il vigore immunologico, il tasso di morbidità e mortalità psichica aumenta drasticamente rispetto all'infanzia, rendendo l'adolescenza la finestra temporale d'elezione per l'esordio di gran parte dei disturbi psichiatrici (9). La vulnerabilità psichica in questo periodo non è un evento accidentale, ma il risultato di una complessa interazione tra il rimodellamento cerebrale descritto in precedenza e le crescenti pressioni dell'ambiente sociale, che pongono l'individuo di fronte a sfide evolutive che possono superare le sue momentanee capacità di *coping* (9).

Un fattore determinante di tale delicatezza risiede nella marcata disregolazione emotiva, che funge da substrato comune per diverse traiettorie di malattia. La

transitoria inefficienza nei circuiti di controllo infatti, rende gli adolescenti meno capaci di modulare l'intensità di emozioni negative quali l'ansia, la rabbia o il senso di isolamento (10). Tale difficoltà regolatoria non è soltanto un limite funzionale, ma si traduce in una iper-reattività allo stress interpersonale: l'adolescente percepisce i conflitti relazionali, il rifiuto dei pari o l'instabilità familiare con un'intensità emotiva che può facilmente sopraffare i meccanismi di difesa psichica ancora in fase di strutturazione (5). In questo scenario la ricerca di sollievo da stati affettivi intollerabili può canalizzarsi in comportamenti disfunzionali, in storie di abuso di sostanze o nell'adozione di strategie di evitamento, aumentando la suscettibilità a disturbi dell'umore e d'ansia.

La vulnerabilità è ulteriormente esacerbata dal fatto che l'adolescenza rappresenta un momento di apertura ai fattori ambientali tossici. Poiché il cervello è impegnato in un massiccio processo di modellamento sinaptico (secondo la teoria dell'*'use it or lose it*) e mielinizzazione (1), esso è particolarmente sensibile agli insulti esterni come traumi, abuso di sostanze e stress cronico, che possono deviare il normale corso dello sviluppo neurale (9). La mancanza di un pieno coordinamento tra il sistema socio-emotivo e quello di controllo cognitivo crea dunque una zona d'ombra, ovvero un periodo in cui la spinta verso l'esplorazione e la sensibilità agli stimoli sociali è massima, ma la capacità di autoregolazione è ancora fragile e incompleta (10). È precisamente in questa incongruenza che si annida la criticità evolutiva, trasformando una fase di straordinarie opportunità di crescita in un terreno potenzialmente fertile per lo sviluppo di disagio psichico.

3.1.3 Epidemiologia dei disturbi mentali nell'adolescente moderno

L'analisi epidemiologica della salute mentale in età evolutiva delinea oggi uno scenario di estrema criticità, confermando come i disturbi psichiatrici rappresentino una delle principali cause di carico di malattia (*burden of disease*) a livello globale, con una continuità del fenomeno che vede circa la metà delle patologie dell'adulto esordire proprio prima dei 14 anni (11). Secondo le stime più recenti, circa il 14% degli adolescenti tra i 10 e i 19 anni convive con un disturbo mentale diagnosticato, un dato che si traduce nel fatto che un giovane su sette sperimenta una condizione di sofferenza clinica che ne compromette il funzionamento sociale e accademico (12). All'interno di questo panorama, i disturbi dello spettro d'ansia (F40-F48) e

dell'umore (F30-F39) emergono come le manifestazioni più diffuse, costituendo circa il 40% delle diagnosi totali in questa fascia d'età e mostrando un trend di crescita costante, esacerbato dall'abuso dei social e dall'instabilità relazionale tipica del contesto moderno (13). Tale vulnerabilità trova la sua espressione più drammatica nei tassi di mortalità: il suicidio rappresenta infatti la quarta causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni, preceduto soltanto da incidenti stradali, tubercolosi e violenza interpersonale (13). Accanto al dato sulla mortalità, è necessario considerare l'ampia diffusione dei comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI), che recenti metanalisi internazionali stimano con una prevalenza globale *lifetime* tra il 22% e il 23%, e della disregolazione emotiva, che fungono spesso da precursori di quadri clinici complessi, riflettendo una fragilità psichica che richiede modelli di intercettazione precoce per far fronte all'aumento delle urgenze neuropsichiatriche osservato negli ultimi anni (14).

3.2. AUTOLESIVITÀ IN ADOLESCENZA

3.2.1 Inquadramento clinico e nosografico

Nel panorama dell'età evolutiva, i comportamenti autolesivi hanno subito nell'ultimo decennio una profonda e necessaria revisione concettuale. Storicamente l'atto di infliggersi deliberatamente danni fisici veniva interpretato in modo riduttivo, considerato quasi esclusivamente come un epifenomeno o un sintomo secondario a quadri psicopatologici più complessi, in primis il Disturbo Borderline di Personalità (DPB) e le sindromi depressive maggiori (15). Tale visione riduttiva tendeva a oscurare la specificità clinica del fenomeno, confinando l'autolesionismo a una manifestazione comportamentale di un disagio sottostante, senza indagarne le funzioni peculiari e le dinamiche di mantenimento.

Un passaggio cruciale è stato operato attraverso la differenziazione tra i comportamenti autolesivi legati a un'intenzione letale e quelli privi di tale finalità. La letteratura scientifica moderna adotta l'acronimo NSSI (*Non-Suicidal Self-Injury*) per definire una lesione intenzionale autoinflitta dei tessuti corporei senza alcun intento suicidario, evidenziando come tali atti rispondano primariamente a strategie disfunzionali di regolazione emotiva o di comunicazione interpersonale, piuttosto che a un desiderio di porre fine alla propria vita (16). Questa distinzione ha permesso di delineare un profilo clinico specifico per l'adolescente autolesionista

separandolo, seppur riconoscendone i fattori di rischio sovrapponibili, dalla traiettoria della suicidalità vera e propria.

Il momento di svolta, che ha decretato il passaggio dell'autolesività da segnale secondario a entità nosografica definita, è coinciso con l'introduzione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5). Questo cambio di paradigma riconosce che l'autolesività non suicidaria possiede criteri clinici distintivi e ricorrenti, infatti affinché il comportamento evolva in una diagnosi strutturata, il manuale richiede: che l'adolescente si sia procurato lesioni intenzionali in almeno cinque giorni nell'arco dell'ultimo anno; col fine di ottenere sollievo da emozioni negative e che il tutto sia scaturito da difficoltà interpersonali (15).

Il riconoscimento dell'NSSI come potenziale disturbo indipendente non nega la sua frequente comorbidità con altre patologie psichiatriche, ma restituisce dignità clinica a un comportamento che, specialmente in adolescenza, assume le caratteristiche di una vera e propria sindrome, dotata di una propria epidemiologia, di specifici meccanismi eziopatogenetici e, conseguentemente, di necessarie linee guida terapeutiche dedicate (15).

3.2.2 Non-Suicidal Self-Injury

3.2.2.1 Modelli funzionali

L'Autolesività Non Suicidaria (NSSI) è definita come l'alterazione o la distruzione intenzionale, autoinflitta e diretta dei propri tessuti corporei, messa in atto in assenza di un reale intento letale (16). Come già accennato tale fenomeno non rappresenta una condizione confinata unicamente ai reparti psichiatrici, ma si configura come una manifestazione di vasta portata nella popolazione generale (17).

Per comprendere la pervasività e il mantenimento di tale comportamento, è indispensabile spostare l'attenzione dalla lesione in sé alle sue finalità. Il paradigma teorico di riferimento, oggi universalmente adottato per spiegare le motivazioni sottostanti all'autolesionismo, è il *Modello a quattro funzioni* sviluppato da Nock e Prinstein (18). Questo modello postula che l'NSSI sia sostenuto da quattro principali meccanismi di rinforzo, suddivisi lungo due direttrici: una dimensione relativa al

contesto (intra-personale o inter-personale) e una relativa all'esito (rinforzo positivo o negativo).

All'interno di questo spettro funzionale, la letteratura concorda in modo quasi unanime nell'individuare nel *rinforzo negativo intra-personale* la funzione di gran lunga predominante: l'adolescente ricorre al dolore fisico come strategia estrema per ridurre, interrompere o deviare l'attenzione da stati emotivi percepiti come intollerabili, quali un'intensa angoscia, una profonda tristezza o un senso di vuoto lacerante (19). L'atto lesivo agisce dunque, seppur in modo drammaticamente disfunzionale e transitorio, come un rapido regolatore affettivo, restituendo all'individuo un'illusoria sensazione di controllo sul proprio caos interiore.

3.2.2.2 Modalità, frequenza ed età di esordio

Analizzando le caratteristiche fenotipiche del disturbo, emergono pattern specifici e ricorrenti che definiscono il profilo dell'adolescente autolesionista. L'età di esordio dell'NSSI si colloca tipicamente nella prima adolescenza, con un picco di incidenza registrato tra i 12 e i 14 anni (20). Questa specifica finestra temporale non è casuale: essa coincide con quelle criticità neurobiologiche e psicologiche descritte in precedenza, in cui un aumento esponenziale delle pressioni relazionali e identitarie si scontra con sistemi di regolazione emotiva ancora immaturi e in via di strutturazione.

Per quanto riguarda le modalità di esecuzione, le evidenze mostrano una netta prevalenza di specifiche forme di danno tissutale. La lesione da taglio (*cutting*) costituisce in assoluto la pratica più diffusa nella popolazione adolescenziale, riscontrata nella stragrande maggioranza dei soggetti che ricorrono all'NSSI (21). Ad essa seguono, in ordine decrescente di frequenza, altre metodiche quali il graffiarsi severamente fino al sanguinamento, il colpire ripetutamente se stessi o superfici dure (*hitting/banging*) e le bruciature. Un elemento di notevole importanza diagnostica è rappresentato dalla versatilità del sintomo: l'utilizzo concomitante o sequenziale di molteplici metodi autolesivi da parte dello stesso individuo non è un'eccezione, bensì un reperto clinico frequente che correla con una maggiore severità del disagio psicologico (21).

La frequenza degli episodi autolesivi costituisce il parametro prognostico dirimente per distinguere la sperimentazione transitoria dalla vera e propria psicopatologia.

Mentre una parte dei giovani si limita a comportamenti occasionali ed esplorativi (con episodi sporadici che tendono ad autolimitarsi), un sottogruppo clinicamente rilevante sviluppa un pattern cronico e ripetitivo (20). È proprio all'interno dei quadri ad alta frequenza che si concentra il pericolo maggiore: la ripetizione costante dell'atto lesivo favorisce una progressiva desensibilizzazione al dolore fisico e un abbassamento della naturale fobia per il danno corporeo (22). Tale assuefazione al dolore trasforma l'NSSI ripetuto in un pericoloso fattore predittivo, capace di abbassare le barriere inibitorie e fungere da porta d'accesso verso futuri tentativi di suicidio (22).

3.2.3 Comportamento Suicidario

3.2.3.1 Ideazione, pianificazione e tentativo di suicidio

Il comportamento suicidario non rappresenta un evento isolato e improvviso, ma deve essere concettualizzato come un processo dinamico che si articola lungo un *continuum* di gravità crescente. La letteratura scientifica concorda nel declinare questo spettro in tre componenti fondamentali e sequenziali: l'ideazione suicidaria, la pianificazione e il tentativo di suicidio vero e proprio (23). Comprendere la distinzione tra queste fasi è cruciale non solo da un punto di vista diagnostico, ma soprattutto per la corretta valutazione del rischio e per la gestione dell'urgenza psichiatrica.

Il primo gradino è rappresentato dall'ideazione suicidaria, definita come la presenza di pensieri, desideri o preoccupazioni riguardanti la propria morte. L'ideazione può manifestarsi in forme estremamente eterogenee: si va da un'ideazione passiva, caratterizzata dal generico desiderio di non esistere più o di addormentarsi per non svegliarsi, a un'ideazione attiva, in cui il soggetto formula pensieri espliciti e diretti sul togliersi la vita (23). Sebbene l'ideazione suicidaria in adolescenza sia un fenomeno relativamente frequente e spesso transitorio, essa costituisce il terreno psicologico su cui possono innestarsi comportamenti che conducono in un secondo momento alla morte.

Il passaggio dall'ideazione all'atto tuttavia non è automatico. La fase intermedia, che funge da cerniera tra il pensiero e l'azione, è la pianificazione. Questa fase implica un salto qualitativo nella severità del quadro clinico: l'adolescente passa dal desiderio astratto di morire all'elaborazione pratica di come farlo (23). La

pianificazione comprende la scelta di un metodo specifico, la valutazione della sua potenziale letalità, l'identificazione di un momento e di un luogo adeguati e, in alcuni casi, azioni preparatorie come il procurarsi i farmaci o lo scrivere messaggi di addio. La presenza di un piano strutturato indica la trasformazione di un intento vago in una determinazione concreta, rappresentando uno dei campanelli d'allarme più importanti in assoluto (24).

Infine il tentativo di suicidio costituisce l'esito comportamentale di questo processo, ed è definito come un atto autolesivo non fatale messo in azione con la chiara (seppur talvolta ambivalente) intenzione di morire. A differenza dell'NSSI, in cui la lesione funge da meccanismo per sopportare il dolore e continuare a vivere, nel tentativo di suicidio l'obiettivo primario è la cessazione definitiva dello stato di coscienza e della sofferenza psicologica. I moderni modelli teorici, come l'approccio *Ideation-to-Action*, sottolineano come la capacità di compiere un tentativo reale richieda un fattore in più rispetto al solo desiderio di morire: l'adolescente deve aver sviluppato la capacità acquisita di superare la naturale e profonda fobia per il dolore e per la morte (25).

3.2.3.2 *Il continuum tra NSSI e comportamento suicidario*

Il rapporto tra l'autolesività non suicidaria (NSSI) e il comportamento suicidario rappresenta una dei temi più intricati per la psichiatria contemporanea. Sebbene per definizione le due condizioni differiscano radicalmente nell'intento: il NSSI come strategia di regolazione emotiva per sopravvivere al dolore, mentre il tentativo di suicidio come volontà di interromperlo definitivamente; esse non devono essere considerate come entità isolate, bensì come manifestazioni collegate all'interno di un medesimo continuo di sofferenza psicologica (26). La ricerca ha infatti dimostrato che l'NSSI costituisce uno dei predittori più forti e affidabili di un futuro tentativo di suicidio, superando spesso per valore prognostico la presenza di depressione o altri disturbi dell'umore (27).

Per spiegare questo passaggio, la letteratura propone principalmente due modelli teorici complementari. Il primo, noto come *Gateway Hypothesis* (Ipotesi della porta d'ingresso), suggerisce che l'autolesionismo possa fungere da precursore comportamentale: l'adolescente che ricorre ripetutamente all'NSSI per gestire l'angoscia può, nel tempo, trovare tale strategia insufficiente, scivolando verso

pensieri e atti caratterizzati da letalità crescente (26). Il secondo modello, di stampo neuropsicologico, fa riferimento alla Teoria Interpersonale del Suicidio di Joiner, secondo la quale l'NSSI ripetuto porta a una progressiva capacità acquisita di farsi del male. Attraverso la desensibilizzazione sistematica al dolore fisico e il superamento della naturale paura della morte, l'atto autolesivo allena l'adolescente, rendendo tecnicamente e psicologicamente possibile il passaggio dal pensiero suicidario all'azione letale (27).

Oltre a questi modelli diretti, è necessario considerare l'esistenza di fattori di vulnerabilità comuni che alimentano entrambi i fenomeni, come la disregolazione emotiva severa e l'esposizione a traumi precoci. La letteratura riconosce inoltre la presenza di tratti personologici di tipo Borderline come elemento di rischio significativo, ma è doveroso sottolineare, in conformità con gli attuali criteri diagnostici (ICD-10), che in questa fascia d'età è preferibile parlare di tratti o organizzazione personologica piuttosto che porre una diagnosi formale di Disturbo di Personalità Borderline, data la natura ancora in divenire dello sviluppo identitario del minore (28). In questa prospettiva, l'NSSI e il suicidio non sono solo tappe di un percorso lineare, ma risposte sintomatiche a una medesima matrice di fragilità psichica. Riconoscere l'NSSI come un segnale d'allarme precoce all'interno di questo *continuum* è dunque prioritario: l'intervento non deve limitarsi a bloccare il comportamento autolesivo, ma deve mirare alla ricostruzione delle capacità regolatorie del giovane prima che la desensibilizzazione al dolore apra la strada ad esiti fatali (26).

3.2.4 Fattori di rischio e di protezione

3.2.4.1 Fattori individuali: genere, comorbidità psichiatriche, disturbi del sonno e dispercezioni

L'eziopatogenesi dell'autolesività e del comportamento suicidario in adolescenza è multifattoriale e profondamente radicata in una complessa rete di elementi di vulnerabilità individuale. Tra questi le caratteristiche anagrafiche, la presenza di disturbi psichiatrici e le alterazioni dei ritmi fisiologici e percettivi giocano un ruolo determinante nel definire la traiettoria di rischio.

Dal punto di vista epidemiologico, il genere rappresenta uno dei fattori individuali più studiati, dando origine a quello che in letteratura viene definito il "Paradosso di

Genere" (*Gender Paradox*) (29). Sebbene i tassi di ideazione suicidaria, autolesionismo non suicidario (NSSI) e tentativi di suicidio siano significativamente più elevati nelle ragazze (con un picco durante l'adolescenza), i tassi di suicidio consumato risultano dalle due alle quattro volte maggiori nei ragazzi (29). Questa discrepanza viene comunemente attribuita a due elementi: da un lato, l'impiego di metodi più letali da parte dei maschi; dall'altro, una diversa espressione del disagio, che nelle ragazze si declina prevalentemente attraverso disturbi internalizzanti (come ansia e depressione), mentre nei ragazzi si manifesta spesso attraverso disturbi esternalizzanti (come aggressività, impulsività o abuso di sostanze) (29).

La comorbidità psichiatrica è un altro pilastro fondamentale nella valutazione del rischio. Come anticipato il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) merita in questa sede un'attenzione particolare. Sebbene oggi l'autolesionismo sia riconosciuto come entità clinica autonoma, i tratti personologici di tipo Borderline rimangono una delle comorbidità più frequenti e pericolose in adolescenza. La presenza di tratti borderline, caratterizzati da un'intensa disregolazione emotiva, impulsività marcata, terrore dell'abbandono e un cronico senso di vuoto, funge da vero e proprio catalizzatore, accelerando drasticamente il passaggio dall'NSSI al tentativo di suicidio (28). Accanto a questa complessa struttura di personalità, la depressione maggiore costituisce l'altro fattore di rischio primario, la sua associazione con l'autolesionismo crea un effetto moltiplicatore: i giovani che presentano una diagnosi di depressione e contemporaneamente ricorrono all'NSSI mostrano il rischio in assoluto più elevato di esiti letali (30). A queste due macro-condizioni (una legata alla personalità e l'altra all'umore) si affiancano frequentemente disturbi legati al discontrollo degli impulsi, come il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), che aggravano ulteriormente l'incapacità dell'adolescente di inibire i comportamenti a rischio (30).

Un ambito di ricerca di crescente rilevanza riguarda l'impatto dei disturbi del sonno. L'insonnia, la ridotta durata del riposo notturno e la presenza di incubi frequenti sono oggi riconosciuti come fattori di rischio indipendenti sia per l'NSSI che per l'ideazione suicidaria (31). Modelli teorici recenti, come l'ipotesi della "mente dopo la mezzanotte" (*mind after midnight*), suggeriscono che l'eccessiva veglia notturna induca uno stato di vulnerabilità neurobiologica, compromettendo la regolazione

emotiva e facilitando l'innescare di comportamenti autolesivi o suicidari (32). L'insonnia in particolare agisce in modo dose-dipendente: all'aumentare della gravità e della persistenza del disturbo del sonno, aumenta esponenzialmente la frequenza degli atti autolesivi (31).

Infine le alterazioni della sfera sensoriale, come le dispercezioni e le esperienze simil-psicotiche, rappresentano un indicatore di severità spesso sottovalutato. Anche in assenza di un disturbo psicotico conclamato, una percentuale significativa di adolescenti a rischio riporta esperienze allucinatorie, in particolare uditive (33). La presenza di queste allucinazioni uditive si associa a un notevole incremento del rischio sia per il NSSI che per i tentativi di suicidio. Tali fenomeni non agiscono necessariamente in modo diretto, ma sono indicativi di uno stato di profondo stress psicologico, spesso mediato da pregressi traumi interpersonali, bassa autostima e una marcata disregolazione affettiva (33).

3.2.4.2 Fattori ambientali: dinamiche familiari, rete amicale, traumi pregressi e scolarizzazione

Se i fattori di vulnerabilità individuale costituiscono il substrato biologico e psichico su cui può innestarsi il disagio, l'ambiente in cui l'adolescente vive e si sviluppa rappresenta il clima in grado di esacerbare o disinnescare il potenziale autolesivo e il comportamento suicidario.

Tra gli elementi ambientali, le dinamiche e la struttura della famiglia svolgono un ruolo complesso e profondamente ambivalente. Da un punto di vista strutturale, la letteratura evidenzia come l'appartenenza a nuclei monogenitoriali o a famiglie ricostituite sia statisticamente associata a una maggiore vulnerabilità. Questo incremento del rischio tuttavia, non deriva dalla configurazione in sé, bensì dal maggiore carico di stress che queste famiglie spesso affrontano, legato all'instabilità economica, ai cambiamenti abitativi o ai fisiologici conflitti durante la transizione (34). Ciò che determina realmente l'esito psicopatologico è il livello di coesione e adattabilità all'interno del nucleo: un forte supporto genitoriale, unito a un dialogo non giudicante, si conferma come il principale scudo contro l'angoscia, capace di mitigare il rischio indipendentemente dalla forma che la famiglia assume (35). All'interno di questo ecosistema, anche la presenza di fratelli o sorelle rappresenta una variabile importante: un legame fraterno solido può offrire

un'essenziale rete di salvataggio, capace di sostituire eventuali carenze di attenzione genitoriale. Al contrario, dinamiche di accesa rivalità o continua comparazione tra fratelli, possono acuire drammaticamente il senso di isolamento e inadeguatezza dell'adolescente (36).

Un discorso a parte, caratterizzato da un livello di importanza drasticamente superiore, riguarda i giovani allontanati dalla famiglia di origine e inseriti in strutture residenziali o in comunità educative. Per questi adolescenti la frammentazione e l'assenza di legami di attaccamento stabili si sommano a vissuti di profondo abbandono. Le evidenze documentano che i tassi di ideazione suicidaria e di comportamenti autolesivi (NSSI) all'interno delle comunità di accoglienza superano ampiamente quelli riscontrati nella popolazione generale; l'istituzionalizzazione, per quanto necessaria ai fini della tutela del minore, racchiude in sé una profonda quota di sofferenza che funge spesso da innesco per le urgenze neuropsichiatriche (37).

Parallelamente, durante la pubertà, la rete amicale e le prime relazioni sentimentali assumono una centralità inedita, configurandosi come una vera e propria arma a doppio taglio. Da un lato, l'integrazione nel gruppo dei pari e la costruzione di legami affettivi solidi costituiscono uno dei più potenti fattori di protezione a disposizione del giovane; una buona rete amicale funge infatti da fondamentale cuscino contro lo stress: argina il profondo senso di isolamento tipico dell'età, innalza l'autostima e fornisce uno spazio sicuro in cui l'adolescente può condividere le proprie vulnerabilità senza timore del giudizio, riducendo in modo drastico il rischio di derive autolesive o suicidarie (38).

Dall'altro lato, la marcata suscettibilità alle dinamiche di compagnia tipica di questa fase evolutiva può trasformare l'appartenenza al gruppo in un rischio, in particolare attraverso il fenomeno del "contagio sociale" (*peer contagion*). Studi longitudinali recenti evidenziano però come questo contagio assuma forme più complesse della semplice imitazione diretta del gesto. L'influenza dei pari agisce infatti in modo indiretto: è l'esposizione prolungata alle vulnerabilità psicologiche degli amici, in particolare alti livelli di sintomi depressivi o la marcata impulsività, ad aumentare significativamente la probabilità che l'adolescente sviluppi comportamenti autolesivi. Di conseguenza l'autolesionismo emerge non tanto come un rito per

ottenere l'approvazione del gruppo, bensì come una strategia disfunzionale di regolazione emotiva per far fronte al sovraccarico di sofferenza condivisa o come espressione di un'impulsività comune alla cerchia dei pari (39).

A gravare in modo massiccio sullo sviluppo di tali dinamiche si inseriscono anche i traumi pregressi, in particolare le cosiddette Esperienze Infantili Avverse (ACEs). Aver subito maltrattamenti fisici, abusi sessuali, trascuratezza emotiva (*neglect*) o aver assistito a violenza domestica durante l'infanzia altera in modo profondo e duraturo l'architettura neurobiologica della risposta allo stress. Questo accade tramite una disregolazione cronica dell'asse HPA e stabili modificazioni epigenetiche, come la metilazione del recettore dei glucocorticoidi. L'eccesso di glucocorticoidi e il contemporaneo calo del fattore neurotrofico cerebrale (BDNF) generano effetti neurotossici, causando atrofia ippocampale e prefrontale associata a ipertrofia dell'amigdala. Questo carico stressogeno innesca uno stato pro-infiammatorio sistemico e un precoce accorciamento dei telomeri. Tali alterazioni organiche costituiscono il substrato fisiopatologico non solo per l'insorgenza di patologie psichiatriche e disturbi sistemici (metabolici e cardiovascolari), ma anche per la frequente resistenza ai trattamenti farmacologici convenzionali osservata in questi pazienti (40). Le meta-analisi sul tema confermano che gli adolescenti con una storia di traumi presentano un rischio esponenzialmente più elevato non solo di ricorrere all'autolesionismo come estremo tentativo di anestetizzare i ricordi, ma anche di sviluppare quella disperazione e tolleranza al dolore necessarie per l'innescare della suicidalità (41).

In ultima analisi l'ambiente scolastico rappresenta il contesto in cui il giovane sperimenta quotidianamente il proprio senso di adeguatezza. L'esposizione al bullismo tradizionale e al cyberbullismo si è affermata negli ultimi anni come uno dei fattori precipitanti più pericolosi, generando sentimenti di profonda umiliazione, isolamento e disvalore personale che correlano in modo diretto con un aumento dell'ideazione suicidaria (42). Tuttavia la scuola possiede anche un intrinseco potenziale terapeutico: un elevato senso di appartenenza e sicurezza vissuto all'interno dell'istituto, definito in letteratura come *school connectedness*, e la presenza di figure educative attente, fungono da essenziali fattori di protezione, in grado di intercettare precocemente i segnali di allarme prima che questi sfocino in urgenze cliniche (43).

3.2.4.3 Cronobiologia dell'autolesionismo

Un'analisi completa della vulnerabilità adolescenziale richiede di superare una visione statica del rischio, per abbracciare una prospettiva dinamica che tenga conto delle fluttuazioni temporali del fenomeno. L'approccio cronobiologico ha infatti dimostrato che i comportamenti autolesivi (NSSI) e l'ideazione suicidaria non si distribuiscono in modo casuale lungo l'arco dell'anno o della giornata, ma seguono dei pattern ricorrenti e prevedibili, fortemente influenzati da fattori ambientali, biologici e sociali.

Per decenni la credenza popolare ha associato i picchi di malessere psichico ai mesi invernali, ipotizzando che il buio e il freddo acuissero la depressione. Tuttavia la letteratura smentisce questo mito, avendo storicamente documentato un controintuitivo picco primaverile per i tentativi di suicidio (44). Questo fenomeno è tradizionalmente spiegato attraverso dinamiche sia cliniche che biologiche: l'aumento della luce solare e delle temperature influenzerebbe i sistemi dei neurotrasmettitori (come quello serotoninergico), restituendo ai soggetti depressi quell'energia motoria necessaria per passare dall'ideazione all'azione. Più recentemente la ricerca ha affiancato a questa visione l'ipotesi neuroinfiammatoria, dimostrando come il picco primaverile di aeroallergeni (soprattutto pollini) possa indurre risposte immunitarie in grado di esacerbare ansia, impulsività e sintomi depressivi. Va tuttavia specificato che nei Paesi occidentali questo picco stagionale si sta progressivamente attenuando, ed inoltre gli studi attuali dimostrano che la stagionalità non è un fattore universale, ma è fortemente mediata dalla disponibilità di specifici metodi legati alle attività all'aperto nei mesi più miti (45). Infine le dinamiche variano in base all'età e all'ambiente sociale, con un forte impatto del calendario accademico. Negli adolescenti i tassi di NSSI e comportamenti suicidari tendono a subire un calo durante le vacanze estive per poi registrare brusche impennate in autunno, in concomitanza con la riapertura delle scuole e il ritorno delle pressioni scolastiche e relazionali (44).

Scendendo dal livello più ampio stagionale al livello circadiano, emergono evidenze altrettanto significative riguardo gli orari in cui il rischio di agire contro il proprio corpo raggiunge la soglia critica. Sebbene l'ideazione e i pensieri disfunzionali possano fluttuare costantemente, i dati di monitoraggio indicano che

l'atto autolesivo vero e proprio segue una traiettoria ascendente che parte dal pomeriggio e si concentra con un'incidenza schiacciante nella fascia serale. A questo si aggiunge un effetto di ritardo: è solo nelle ore a cavallo della mezzanotte che si registra il picco clinico di accessi in Pronto Soccorso, riflettendo il momento in cui le conseguenze dell'atto sfuggono al controllo e il supporto informale non è più sufficiente (46).

Questa crescente vulnerabilità serale e notturna è spiegabile attraverso due meccanismi concorrenti. Il primo è un fattore con un impatto reale ancora da definire, ovvero l'esaurimento cognitivo, anche noto in psicologia come *ego depletion*, correlato a un declino delle funzioni esecutive prefrontali: dopo aver trascorso l'intera giornata a reprimere o mascherare il proprio dolore in ambienti sociali come la scuola, le risorse neurocognitive deputate all'autocontrollo si esauriscono, lasciando via libera all'impulsività del sistema limbico (47). Il secondo è il fatto che la transizione verso la notte rappresenta il momento del massimo isolamento ambientale: l'assenza di distrazioni esterne, unita alla ridotta supervisione genitoriale, crea un vuoto in cui i pensieri ruminativi e l'angoscia vengono amplificati. È in questa specifica finestra temporale, in cui l'adolescente si trova solo con il proprio dolore e con le proprie difese abbassate, che l'autolesionismo viene messo in atto con maggiore frequenza come disperato tentativo di auto-regolazione emotiva.

3.2.4.4 Comportamenti additivi e disregolazione

Un ulteriore e decisivo elemento nella comprensione del rischio autolesivo è rappresentato dai comportamenti additivi, i quali si configurano spesso come tentativi disfunzionali di auto-medicazione e di gestione dell'angoscia. Storicamente la letteratura psichiatrica ha ampiamente documentato come l'abuso di sostanze psicoattive (in particolare alcol e droghe) rappresenti un fattore precipitante per il passaggio all'atto suicidario. L'intossicazione acuta e l'abuso cronico di sostanze agiscono come potenti disinibitori, abbassando drasticamente la soglia di controllo degli impulsi e facilitando il tragico passaggio dall'ideazione suicidaria al tentativo vero e proprio (48).

Nella società in cui cresce l'adolescente oggi, il concetto clinico di dipendenza ha subito una profonda mutazione, estendendosi prepotentemente al mondo digitale.

L'uso problematico dei dispositivi tecnologici e della rete (*Problematic Internet Use*) rappresenta oggi una vera e propria dipendenza comportamentale, capace di alterare l'assetto neuropsicologico del giovane (49). L'abuso di smartphone e la connessione costante ai social media agiscono sul sistema nervoso centrale stimolando i circuiti della ricompensa in modo analogo alle sostanze tradizionali, ma portano parallelamente a un progressivo ritiro sociale, all'alterazione dei ritmi sonno-veglia e a una distorsione della percezione della propria immagine corporea e relazionale (49).

Sebbene alcuni ricercatori invitino alla cautela nel sovrapporre acriticamente l'uso problematico dello smartphone alle dipendenze da sostanze, data la scarsità di evidenze neurobiologiche definitive; sempre questi evidenziando come la vulnerabilità emotiva sia un fattore determinante e comune nella genesi di tali comportamenti, attraverso un percorso di rassicurazione eccessiva: individui caratterizzati da bassa autostima, instabilità emotiva e attaccamento insicuro possono trasformare il dispositivo in uno strumento per gestire l'ansia e ottenere conferme esterne. In quest'ottica l'uso compulsivo non è solo un sintomo, ma un tentativo di regolare o mascherare una profonda fragilità affettiva, offrendo un rifugio digitale a chi fatica a verbalizzare o tollerare il proprio dolore psichico (50).

Il costo di questa strategia di *coping* disfunzionale è altissimo: quando l'effetto sedativo del dispositivo svanisce (ad esempio in situazioni di noia, di privazione o durante le ore notturne), l'adolescente sperimenta un violento effetto *rebound* caratterizzato da picchi di angoscia, irritabilità e senso di vuoto (49). È proprio in queste finestre di marcata vulnerabilità in cui le emozioni negative diventano intollerabili ed impossibili da comunicare a parole e quindi le condotte autolesive (NSSI) e i tentativi di suicidio trovano il loro innesco come forma estrema di *acting out* comportamentale.

3.3 URGENZA ED EMERGENZA PSICHIATRICA IN ADOLESCENZA

3.3.1 L'impatto della pandemia sugli accessi in Pronto Soccorso per cause psichiatriche

Il disagio psicopatologico in età adolescenziale trova la sua principale manifestazione nei *setting* di urgenza ospedaliera. È tuttavia fondamentale premettere, per una corretta analisi epidemiologica, che la crescente pressione sul Pronto Soccorso per cause psichiatriche non costituisce un fenomeno originatosi esclusivamente con la recente crisi sanitaria globale. Già nel decennio precedente la letteratura scientifica registrava un trend di accessi in costante e allarmante aumento. Nello specifico, tra il 2011 e il 2020, si è osservato un raddoppio della proporzione di visite nei dipartimenti d'emergenza pediatrici per problematiche legate alla salute mentale (sono passate dal rappresentare il 7,7% al 13,1% di tutte le visite pediatriche), evidenziando come il Pronto Soccorso stesse progressivamente diventando la principale rete di appoggio per i giovani e le famiglie in crisi (51). Sebbene tutte le tipologie di visite psichiatriche siano aumentate, quelle correlate al suicidio hanno registrato l'incremento più drammatico: sono passate dallo 0,9% al 4,2% di tutte le visite pediatriche al Pronto Soccorso, un aumento di quasi 5 volte. Questo incremento documentava già una preesistente saturazione dei servizi territoriali e una vulnerabilità strutturale del sistema di cura per l'infanzia e l'adolescenza.

Su questo delicato scenario di base, la pandemia da COVID-19 si è abbattuta con l'effetto di un violento catalizzatore. Le stringenti misure di contenimento, il confinamento domestico prolungato e la chiusura degli istituti scolastici hanno comportato una brusca interruzione della routine quotidiana e un isolamento forzato dalla rete amicale. Venendo meno i fisiologici fattori di protezione e di regolazione sociale, gli adolescenti sono rimasti maggiormente esposti a eventuali dinamiche familiari disfunzionali e alla propria disregolazione emotiva, accumulando un carico di stress che, non appena le restrizioni si sono allentate, si è tradotto in una vera e propria crisi di salute pubblica.

Sebbene i registri ospedalieri abbiano documentato un calo generale degli accessi pediatrici in emergenza durante la pandemia, per quanto riguarda la salute mentale

si è assistito a un'ondata acuta di segno opposto e senza precedenti. Una recente meta-analisi ha infatti confermato che, rispetto al periodo pre-pandemico, si è registrato un incremento drastico delle visite in Pronto Soccorso specificamente per ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e comportamenti autolesivi (soprattutto tra gli adolescenti più grandi) (52). Questo innalzamento delle urgenze ha colpito soprattutto la popolazione femminile: combinando i dati di tentato suicidio e ideazione suicidaria, le ragazze hanno mostrato un incremento degli accessi molto più marcato (RR 1,39) rispetto ai ragazzi, per i quali l'aumento è stato solo lieve (RR 1,06); un dato che si allinea clinicamente sia con l'epidemiologia mondiale, che con la maggiore propensione delle ragazze a sviluppare disturbi internalizzanti e a esternalizzare il dolore acuto attraverso condotte autolesive (NSSI) (52).

Questa emergenza, definita da molti proprio come una vera e propria pandemia secondaria, ha investito con estrema durezza anche il Sistema Sanitario Nazionale italiano. Recenti indagini condotte in modo specifico all'interno dei maggiori Pronto Soccorso pediatrici del nostro Paese hanno evidenziato come le consulenze neuropsichiatriche urgenti per ideazione suicidaria e tentativi di suicidio siano aumentate in modo statisticamente significativo nel periodo post-pandemico rispetto agli anni precedenti. Nello specifico, l'andamento dei tentativi di suicidio, pur inserendosi in un trend decennale già in crescita, ha registrato un picco anomalo ed eccezionale proprio a partire dal 2021, rompendo bruscamente una fase di relativa stabilità osservata nel quinquennio precedente: i casi sono cresciuti dal 2011 al 2016, si sono stabilizzati dal 2016 al 2020, per poi subire un picco drammatico e statisticamente anomalo nel 2021 (53). Questo dato locale non riflette soltanto un incremento quantitativo dei pazienti, ma segnala un preoccupante aggravamento qualitativo del fenomeno: gli adolescenti giungono all'osservazione del medico di urgenza con quadri psicopatologici sempre più severi e complessi da gestire; l'inevitabile conseguenza di questo afflusso massiccio è il sovraccarico delle strutture d'emergenza che si trovano a dover fronteggiare situazioni di criticità assoluta che richiedono però conoscenze specialistiche.

3.3.2 La gestione dell'adolescente in un Pronto Soccorso dell'adulto

L'accesso di un adolescente in preda ad un'urgenza psichiatrica all'interno di un Pronto Soccorso generale, un ambiente pensato e strutturato per l'utenza adulta,

rappresenta una delle sfide più intricate della medicina d'emergenza contemporanea. L'adolescente in crisi si trova spesso relegato in una vera e propria "terra di nessuno": anagraficamente e biologicamente troppo maturo per i rassicuranti *setting* della pediatria, ma al contempo vulnerabile ed immaturo per essere indirizzato ai rigidi protocolli della psichiatria per adulti.

Il primo e fondamentale snodo di questo complesso percorso è rappresentato dal Triage. In questa delicatissima interfaccia, l'infermiere specializzato è chiamato a tradurre un disagio mentale acuto in un codice di priorità in grado di definire i tempi e le modalità di intervento. Le linee di indirizzo della SINPIA sottolineano la necessità di percorsi dedicati e tempestivi (54). Tuttavia l'evoluzione delle più recenti disposizioni regionali ha sancito il superamento del tradizionale schema a quattro colori, introducendo un sistema a cinque codici numerici per stratificare in modo più accurato il rischio clinico e i tempi di attesa (55). Calando questo aggiornamento nel vivo dell'emergenza neuropsichiatrica, lo scenario si articola oggi in questo modo:

- **Codice Rosso:** identifica l'interruzione o la compromissione delle funzioni vitali in atto, prevedendo un accesso immediato alle cure. Si tratta dell'emergenza assoluta, in cui il giovane paziente è in imminente pericolo di vita a causa, ad esempio, di gravi intossicazioni da sostanze o di tentativi di suicidio che hanno prodotto drammatiche ripercussioni organiche;
- **Codice Arancio:** definisce una condizione stabile ma gravata da un pericolo di rapido peggioramento così elevato da imporre la presa in cura infermieristica entro 10 minuti, seguita dalla valutazione medica entro i successivi 15 minuti. Rientrano in questo scenario di urgenza indifferibile le psicosi acute incontrollabili, gli stati di agitazione psicomotoria estrema, le aggressioni o la presenza di una strutturata ideazione suicidaria con persistente volontà di compiere l'atto;
- **Codice Giallo:** copre le situazioni critiche che richiedono la presa in cura infermieristica entro 15 minuti e la visita medica entro 45 minuti dalla prima. Riguarda tipicamente pazienti che, pur essendo collaboranti, si presentano afflitti da sintomi severi e allarmanti: stati depressivi maggiori, psicosi acute (ma prive di agitazione psicomotoria), oppure gravi ricadute fisiche innescate da un disturbo del comportamento alimentare;

- **Codice Verde:** pur in assenza di compromissione vitale o rischio evolutivo a breve termine, il paziente sperimenta una sofferenza soggettiva enorme. La presa in carico scatta al massimo entro 30 minuti ed è mirata alla gestione tempestiva del dolore o del forte disagio, con una visita medica prevista entro i 60 minuti. Vi rientrano i disturbi psichiatrici formalmente minori ma profondamente invalidanti per il vissuto del ragazzo: stati d'ansia acuti, attacchi di panico, fobie o severe somatizzazioni. Non sussiste in questi casi alcun pericolo per le altre persone;
- **Codice Bianco:** identifica il problema non urgente, mancante di qualsiasi caratteristica di vera emergenza medica. Racchiude quelle dinamiche relazionali e difficoltà psicosociali in cui il minore esprime un profondo bisogno di aiuto; vive una crisi che, per quanto autentica e totalizzante sul piano emotivo, all'atto pratico risulta clinicamente differibile.

Il triage psichiatrico in età evolutiva sconta una debolezza intrinseca rispetto a quello puramente medico dell'adulto: un adolescente che ha ingerito farmaci a scopo autolesivo, o che presenta una silente ma strutturata ideazione suicidaria, può apparire fisicamente stabile, con parametri vitali nella norma e un atteggiamento apparentemente collaborante. Questa netta discrepanza tra l'apparente stabilità dei parametri fisiologici esterni e l'instabilità psichica interna espone il minore al rischio di un declassamento della priorità clinica. (56).

Per arginare questa criticità e intercettare un'eventuale ideazione suicidaria silente, ad oggi il Triage si dovrebbe avvalere di strumenti di screening validati. Tra i più efficaci spicca l'ASQ (*Ask Suicide-Screening Questions*). Si tratta di un questionario molto rapido, composto da sole quattro domande e disegnato su misura per i Pronto Soccorso. Il suo grande vantaggio è poter essere somministrato in meno di due minuti anche da personale senza una formazione psichiatrica specialistica. Inoltre vanta un valore predittivo negativo altissimo (prossimo al 100% nei pazienti con problematiche mediche), risultando estremamente affidabile nell'escludere un rischio imminente di TS (57).

Qualora il primo screening risulti positivo, per un approfondimento clinico di secondo livello si ricorre spesso alla *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS). Questo strumento, considerato il *gold standard* internazionale, è

particolarmente utile perché permette di valutare diversamente l'ideazione suicidaria dai comportamenti veri e propri. La C-SSRS aiuta il clinico separare la generica ideazione passiva dal reale intento di morire (individuando l'eventuale presenza di un piano strutturato), e valuta la letalità dei comportamenti pregressi per stratificare con precisione la severità del quadro (58).

L'impiego di queste scale psicometriche nel setting d'emergenza è oggi al centro di un importante ripensamento. Le recenti linee guida britanniche NICE sul *self-harm* hanno sancito un vero e proprio cambio di paradigma: il nuovo approccio sconsiglia l'utilizzo esclusivo di questionari chiusi, specialmente se usati per prevedere in modo attuale il rischio futuro o per categorizzare i pazienti in vista di un ricovero. Al contrario si raccomanda che tali strumenti fungano da supporto, senza mai sostituire una valutazione biopsicosociale completa da parte del medico. L'empatia, l'ascolto attivo e la validazione della sofferenza dell'adolescente restano i cardini della cura, e devono sempre prevalere sulla pura categorizzazione numerica (59).

A queste prima criticità si sovrappone un secondo fattore temporale determinante: l'attesa per l'esito della consulenza neuropsichiatrica specialistica. A differenza delle urgenze mediche che si avvalgono di esami strumentali rapidi, la diagnosi psichiatrica in emergenza richiede tempi tecnici fisiologicamente dilatati. Prima ancora della valutazione psichiatrica, l'iter di Pronto Soccorso impone un'accurata diagnosi differenziale per escludere cause organiche e tossicologiche (attraverso esami ematochimici), un passaggio clinico imprescindibile (60). Le consulenze successive sono il frutto di colloqui esaustivi e profondi, volti a inquadrare la riacutizzazione sintomatica all'interno di un quadro psicopatologico spesso già compromesso o, come accade negli esordi, ancora tutto da definire. Soprattutto la necessità di ricostruire l'anamnesi, in un paziente spesso poco collaborante, trasforma la consulenza in un processo che può protrarsi a lungo, aumentando il disagio del giovane.

È proprio all'interno di questa progressiva ed estenuante dilatazione dei tempi di attesa che si innesca il terzo e più grave fenomeno riguardante le criticità organizzative, ampiamente documentato nella letteratura internazionale sotto la definizione di *Emergency Department Boarding* (61). Il *boarding* si definisce come la permanenza prolungata di un paziente all'interno dei locali di emergenza in attesa

che si renda disponibile un posto letto nel reparto specialistico, sia esso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile o di Psichiatria. L'esplosione dei disturbi nel periodo post-pandemico, unita alla cronica carenza strutturale di posti letto dedicati ai minori, ha trasformato questa pratica da eccezione emergenziale a realtà drammaticamente consolidata in molti sistemi sanitari.

Le conseguenze cliniche del *boarding* prolungato si inseriscono in un quadro di psiche già compromessa dell'adolescente. Il Pronto Soccorso generale è per sua stessa natura, un ambiente iper-stimolante, caotico e traumatizzante: le luci perenni, i costanti allarmi acustici dei monitor, il viavai ininterrotto di barelle e la totale assenza di privacy si scontrano con i bisogni primari del paziente psichiatrico. Per un giovane che giunge in stato di marcata disregolazione emotiva, angoscia o paranoia, questo insopportabile livello di stimolazione ambientale agisce come un potente detonatore, esacerbando l'agitazione, moltiplicando i tentativi di fuga e peggiorando in modo esponenziale il quadro clinico di partenza. L'inadeguatezza strutturale dei locali si somma all'impossibilità oggettiva, da parte del personale d'urgenza, di fornire un vero e proprio intervento terapeutico o psicoterapico, riducendo spesso l'intera permanenza ospedaliera a un contenimento farmacologico e, nei casi di eccezionale gravità in cui si configuri uno stato di necessità, anche al contenimento fisico (61).

Di fronte a questa innegabile complessità, la gestione clinica deve necessariamente adottare un approccio multimodale e altamente specializzato. L'obiettivo primario all'interno dell'ambulatorio di PS non è la risoluzione del trauma profondo, bensì la rapida messa in sicurezza e la stabilizzazione sintomatologica (*De-escalation*) (62). Le evidenze scientifiche più recenti raccomandano di esaurire tutte le strategie non farmacologiche prima di prendere in considerazione l'utilizzo di farmaci. Tali strategie ambientali e comportamentali includono il rapido isolamento del paziente in stanze a bassa stimolazione sensoriale (ove disponibili), la rimozione preventiva di qualsiasi oggetto potenzialmente lesivo o utilizzabile per il suicidio (inclusi lacci, cinture, vetri o dispositivi medici non strettamente necessari), l'eventuale e prudente coinvolgimento di figure familiari se percepite come supportanti, e soprattutto l'utilizzo di una comunicazione verbale empatica, lenta, calma e priva di giudizio, basata sull'ascolto attivo e sulla validazione dello stato emotivo del paziente pur mantenendo confini e limiti chiari (62).

Soltanto quando l'agitazione psicomotoria, l'aggressività o il delirio mettono a repentaglio immediato l'incolumità del paziente stesso o dello staff sanitario, l'equipe medica, composta sia dal medico d'urgenza che dal neuropsichiatra reperibile, deve ricorrere a un'attenta e calibrata gestione farmacologica. Questo specifico snodo decisionale richiede un'altissima competenza specialistica: la sedazione in emergenza nell'adolescente, attuata solitamente tramite antipsicotici atipici o benzodiazepine a breve emivita, deve mirare unicamente a ridurre l'angoscia acuta e a ristabilire il controllo comportamentale, evitando in ogni modo di precipitare il paziente in un profondo stato ipnotico o di mascherare (sedandolo eccessivamente) un eventuale substrato neurologico, metabolico o tossicologico sottostante che necessiti di diagnosi (62).

In sintesi, la corretta gestione dell'adolescente impone la consapevolezza che il Pronto Soccorso generale non è, e non deve mai diventare, un surrogato del reparto di neuropsichiatria: la sua missione è quella di intercettare il rischio letale, disinnescare la crisi acuta nel modo meno traumatico possibile e garantire un ponte sicuro verso la successiva e adeguata presa in carico specialistica.

3.3.3 Il ruolo della consulenza neuropsichiatrica in un modello Hub & Spoke

Nel complesso iter dell'emergenza, la consulenza neuropsichiatrica rappresenta il vero spartiacque tra la gestione sintomatica e l'avvio di un percorso terapeutico strutturato. Il ruolo dello specialista in età evolutiva, chiamato a intervenire in Pronto Soccorso, va oltre la sola formulazione di una diagnosi. La valutazione specialistica in urgenza ha il delicato compito di contestualizzare la crisi all'interno della specifica fase di sviluppo del minore: anzitutto deve raccogliere un'anamnesi approfondita dei fattori che hanno scatenato la crisi, dopodiché deve discriminare il rischio suicidario reale dall'impulsività del momento, esplorare le dinamiche relazionali e di famiglia, valutare eventuali risorse di resilienza ed infine gettare le basi per una prima, fondamentale alleanza terapeutica. È in questo momento che lo specialista determina il destino del paziente, operando la complessa scelta tra una dimissione protetta (con attivazione di una presa in carico territoriale) e il ricovero ospedaliero (54).

La qualità e la tempestività dell'attivazione di uno specialista in emergenza però variano in modo drastico a seconda della struttura dell'ospedale a cui il giovane accede.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si avvale del modello organizzativo in ospedali Hub e in ospedali Spoke: questa rete prevede che i presidi ospedalieri territoriali e periferici (Spoke) garantiscano la prima accoglienza e la stabilizzazione, per poi eventualmente demandare i casi che necessitano di maggiore specializzazione ai centri di riferimento (Hub).

Anche nell'ambito dell'emergenza psichiatrica questo divario genera due percorsi di cura differenti. Quando l'urgenza si presenta in un Pronto Soccorso generale periferico, l'adolescente fa il suo ingresso in una struttura sprovvista di un reparto dedicato di degenza neuropsichiatrica infantile e, nella quasi totalità dei casi, priva di uno specialista NPI reperibile. In questi contesti, una volta effettuati i primi accertamenti per escludere cause organiche e tossicologiche, la consulenza viene tipicamente delegata allo specialista in psichiatria degli adulti. Quest'ultimo, sebbene provvisto delle massime competenze mediche per la gestione dell'acuzie psichiatrica, si trova ad operare fuori dal proprio perimetro d'elezione, mancando talvolta di una formazione mirata sulla psicopatologia dello sviluppo. Il problema clinico viene esacerbato qualora venga posta l'indicazione al ricovero: l'ospedale Spoke si trova infatti nell'impossibilità di fornire un contesto adeguato poiché il ricovero di un minorenne nel reparto psichiatrico per adulti è fortemente sconsigliato per il grave rischio di traumatizzazione secondaria (63); mentre l'appoggio temporaneo nel reparto di pediatria espone l'adolescente alla gestione da parte di un personale non formato in merito (64). Questo vicolo cieco condanna l'adolescente a un logorante stazionamento in attesa che venga attivata la neuropsichiatria territoriale, o in casi più gravi, che venga organizzato il trasferimento in un ospedale maggiore, dilatando i tempi della sofferenza in un ambiente inadeguato alle esigenze del paziente.

Al contrario, l'accesso diretto o il tempestivo trasferimento verso un ospedale Hub, al cui interno è presente anche un'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Neuropsichiatria Infantile, garantisce all'adolescente un percorso lineare, dedicato e altamente protettivo. In questo scenario d'elezione il PS attiva immediatamente il

neuropsichiatra infantile, il quale interviene tramite tecniche di *de-escalation* sin dal primo colloquio. La continuità logistica e organizzativa con il reparto di degenza NPI limita notevolmente i problemi visti precedentemente dovuti all'appoggio momentaneo o talvolta definitivo in reparti diversi. All'interno dell'ospedale Hub l'adolescente che necessita di ricovero transita in tempi rapidi dall'emergenza alla degenza, dove viene accolto da un'équipe multidisciplinare composta non solo da medici, ma da psicologi, educatori e infermieri specializzati, rendendo possibile l'avvio della presa in carico medica e psicoterapica fin dalle primissime ore della crisi.

Comprendere questa profonda differenza di iter è importante: dimostra con chiarezza come l'architettura organizzativa della rete ospedaliera non sia un dettaglio, bensì un determinante che incide in maniera diretta sull'efficacia della cura, sul contenimento del rischio suicidario e sul vissuto traumatico del paziente e della sua famiglia.

3.4 STRATEGIE TERAPEUTICHE, PREVENZIONE E PERCORSI POST-ACUZIE

3.4.1 Principi di trattamento farmacologico nell'urgenza e nella fase di mantenimento

Il trattamento farmacologico dell'adolescente che presenta comportamenti autolesivi o a rischio suicidario costituisce un intervento articolato, che richiede tempestività e ponderatezza. La gestione psicofarmacologica non prevede l'esistenza di un singolo trattamento risolutivo, bensì si articola in due fasi terapeutiche distinte: il contenimento dell'urgenza acuta e la terapia di mantenimento a lungo termine finalizzata al trattamento del substrato psicopatologico.

Nella fase di urgenza, che normalmente si consuma all'interno del Pronto Soccorso, l'obiettivo farmacologico primario è la rapida *de-escalation* clinica. In questo frangente i farmaci non sono impiegati per curare il disturbo psichiatrico di base, ma per arginare un'angoscia percepita come intollerabile, sedare l'agitazione psicomotoria e inibire l'impulsività letale (62). A tal proposito la via di somministrazione orale deve essere sempre la prima scelta, poiché favorisce la

compliance del minore e ne riduce il vissuto traumatico, riservando la via intramuscolare ai casi di assoluta mancata collaborazione o urgenza indifferibile (62). Le molecole di prima scelta sono tipicamente le benzodiazepine a breve emivita (come il Lorazepam), che offrono un controllo sintomatico rapido, un elevato profilo di sicurezza e il vantaggio di essere reversibili tramite un antidoto specifico (Flumazenil). Un caso specifico è rappresentato dai pazienti affetti da disordini del neurosviluppo o disabilità intellettiva, nei quali possono talvolta indurre un pericoloso effetto paradossale di disinibizione comportamentale (62). In queste situazioni, oppure quando l'agitazione è esacerbata da sintomi psicotici, grave discontrollo degli impulsi o intossicazione alcolica, la scelta terapeutica d'elezione ricade sugli antipsicotici. Si possono impiegare molecole tipiche (come l'Aloperidolo) o atipiche di seconda generazione (come Olanzapina e il Risperidone), che richiedono tuttavia un rigoroso monitoraggio medico per il rischio di sintomi extrapiramidali e allungamento dell'intervallo QTc (62).

Solo in caso di eccezionale gravità, le attuali linee guida d'urgenza supportano un approccio poli-farmacologico sinergico che combina un antipsicotico con una benzodiazepina (tipicamente Aloperidolo e Lorazepam), garantendo un rapido controllo sintomatico a dosaggi più contenuti. Al contrario è tassativamente controindicata la somministrazione parenterale concomitante (o a meno di un'ora di distanza) di Olanzapina e Benzodiazepine, a causa dell'elevatissimo rischio di indurre una fatale depressione respiratoria (62). Per quanto riguarda i bambini in età pre-puberale o nei quadri dominati da aggressività lieve e ansia, molecole dal profilo di tollerabilità migliore come gli antistaminici (Difenidramina) o gli alfa-2 agonisti (Clonidina) sono da preferire come molecole di prima linea (62).

Indipendentemente dalla molecola scelta, è fondamentale che l'intervento farmaceutico in emergenza miri alla tranquillizzazione e al ripristino dell'autocontrollo, evitando una sedazione profonda che potrebbe mascherare alterazioni dello stato di coscienza o indurre una depressione respiratoria (62).

Superata la crisi in acuto, il focus si sposta sulla fase di mantenimento, ovvero l'impostazione di una terapia di base volta a curare il disturbo sottostante e a prevenire ricadute. Nel caso dei disturbi internalizzanti, che rappresentano il bacino diagnostico maggiore, i farmaci antidepressivi, in particolare gli Inibitori Selettivi

della Ricaptazione della Serotonina (SSRI), costituiscono la terapia di prima linea. L'uso degli SSRI in adolescenza è stato tuttavia oggetto di uno dei più accesi dibattiti della psichiatria moderna. Nei primi anni duemila la Food and Drug Administration (FDA) ha emesso un severo avviso di sicurezza, segnalando come l'inizio della terapia con antidepressivi potesse generare un transitorio e paradossale aumento dell'ideazione suicidaria e dell'attivazione comportamentale (acatisia) nei pazienti pediatrici (65).

Questo allarme ha inizialmente generato una drastica deflessione nelle prescrizioni mondiali. La letteratura scientifica successiva tuttavia ha dimostrato in modo inequivocabile gli effetti deleteri di questa rinuncia terapeutica. Studi epidemiologici su vasta scala hanno documentato come il calo delle prescrizioni di SSRI nei giovani abbia portato a una recrudescenza dei tassi di suicidio reale, dimostrando che il rischio associato a una depressione maggiore non trattata è superiore agli effetti collaterali del farmaco (66). Le moderne linee guida stabiliscono quindi che gli antidepressivi sono non solo sicuri, ma essenziali e salvavita, a patto che l'inizio del trattamento sia accompagnato da uno stretto monitoraggio clinico per intercettare precocemente eventuali segnali di attivazione psicomotoria (66).

Oltre agli antidepressivi, la fase di mantenimento può avvalersi di molecole dotate di un intrinseco potenziale anti-suicidario, indipendente dal loro effetto primario sul tono dell'umore. I Sali di Litio, storicamente impiegati come stabilizzatori nei disturbi dello spettro bipolare, rappresentano l'esempio più illustre: le revisioni sistematiche confermano che l'assunzione a lungo termine di Litio abbatta drasticamente i tassi di tentato e completato suicidio, agendo come un potente inibitore dell'impulsività e dell'aggressività auto-diretta (67). Analogamente, gli antipsicotici atipici di seconda generazione (come Aripiprazolo e Olanzapina) vengono frequentemente impiegati nella fase post-acuzie non solo per gestire gli esordi psicotici, ma anche come terapia *off-label* per modulare la severa disregolazione emotiva e il pensiero ossessivo-ruminativo tipici degli adolescenti con marcati tratti Borderline e ripetuti comportamenti autolesivi (NSSI) (68).

In sunto, la terapia farmacologica alla dimissione deve essere concepita come uno stabilizzatore del sistema nervoso dell'adolescente, creando i presupposti affinché

il giovane possa beneficiare in modo attivo dell'intervento psicoterapico e riabilitativo.

3.4.2 Interventi psicoterapici evidence-based

Se la stabilizzazione farmacologica rappresenta il metodo per contenere l'urgenza e ridurre l'impulsività in acuto, l'intervento psicoterapico costituisce il vero asse portante del trattamento a medio e lungo termine. L'obiettivo della presa in carico psicologica non si limita all'estinzione del sintomo autolesivo, ma punta al restauro delle competenze di regolazione emotiva e relazionale dell'adolescente. Negli ultimi decenni la ricerca clinica ha compiuto sforzi immensi per valutare l'efficacia degli interventi psicoterapici, dimostrando che i protocolli strutturati ed *evidence-based* offrono vantaggi mirati, sebbene anche le cure cliniche standard e il contatto terapeutico regolare si siano rivelati in grado di incidere significativamente sui tassi di recidiva del comportamento suicidario e dell'autolesionismo (NSSI), in modo indipendente rispetto alla presa in carico psicoterapica (69).

Nel panorama degli interventi validati per l'età evolutiva, la Terapia Dialettico-Comportamentale adattata per gli adolescenti (DBT-A) si impone attualmente come il *gold standard*. Originariamente sviluppata da Marsha Linehan per il Disturbo Borderline di Personalità, la DBT-A si fonda sulla delicata dialettica tra l'accettazione del dolore del paziente e la ferma necessità di un cambiamento comportamentale. Il protocollo prevede un lavoro sinergico che affianca sedute individuali a gruppi di *skills training*, in cui i giovani (spesso insieme ai propri genitori) apprendono abilità specifiche per tollerare l'angoscia, regolare le emozioni e migliorare l'efficacia interpersonale (70). Le più recenti meta-analisi confermano in modo inequivocabile che la DBT-A produce una drastica riduzione sia della frequenza degli atti autolesivi che dell'ideazione suicidaria, fornendo all'adolescente strategie di *coping* alternative e funzionali per disinnescare l'agito impulsivo (70).

Un secondo orientamento di comprovata efficacia è rappresentato dal Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT-A). Questo approccio psicodinamico parte dal presupposto che l'autolesionismo e il suicidio adolescenziale siano l'esito tragico di un temporaneo collasso della capacità di mentalizzare, ovvero dell'incapacità di comprendere e dare un senso ai propri stati mentali e a quelli altrui nei momenti di

elevato stress. L'adolescente trasforma il dolore emotivo in un attacco concreto al proprio corpo (71). La MBT-A lavora per ripristinare questa funzione riflessiva: attraverso una postura terapeutica esplorativa, il clinico aiuta il giovane a creare un ponte tra l'emozione provata e l'azione impulsiva, restituendo significato al disagio e riducendo la necessità di ricorrere al corpo come unica valvola di sfogo (71).

Infine, un ruolo cruciale è svolto dagli interventi di matrice Cognitivo-Comportamentale (CBT) specificamente declinati per la prevenzione del suicidio, che mirano a decostruire i pensieri disfunzionali, la rigidità cognitiva e il profondo senso di disperazione tipici del paziente a rischio suicidario. Un elemento distintivo e imprescindibile dei protocolli CBT più recenti ed efficaci in età evolutiva, ad esempio il programma SAFETY (acronimo di *Safe Alternatives for Teens and Youths*), è il forte e sistematico coinvolgimento del nucleo familiare (72). La psicoterapia dell'adolescente ad alto rischio non può prescindere dalla modificazione dell'ambiente in cui il minore è immerso: lavorare sulle dinamiche comunicative genitoriali, ridurre la conflittualità domestica e addestrare i caregiver a riconoscere precocemente i segnali di allarme si traduce nella costruzione di una rete di protezione ambientale, essenziale per garantire la sicurezza del giovane una volta dimesso dall'ambiente ospedaliero (72).

3.4.3 Dal ricovero alla continuità assistenziale come strumento per evitare il fenomeno dei *revolving door*

Il superamento della fase acuta all'interno del Pronto Soccorso non rappresenta la conclusione dell'iter clinico, ma porta ad una decisione da parte del curante che delinea il destino immediato dell'adolescente. In seguito a un inquadramento diagnostico per ideazione suicidaria o comportamenti autolesivi (NSSI) severi, il percorso del paziente si proietta verso due distinti esiti: il ricovero all'interno di un ambiente ospedaliero specialistico oppure la dimissione diretta al domicilio con invio ai servizi territoriali. L'opzione del ricovero presso un reparto di Neuropsichiatria Infantile (NPI) si rende mandatoria qualora il rischio di letalità permanga elevato nonostante le manovre di *de-escalation*, quando il quadro psicopatologico appaia troppo destrutturato per consentire una valutazione in sicurezza, o se il nucleo familiare risulta inidoneo a garantire un adeguato contenimento del minore, inclusi i casi in cui vi siano fondate preoccupazioni per

la salvaguardia e l'incolumità del paziente nel proprio contesto di vita (59). In tale scenario l'ospedalizzazione offre uno spazio protetto ad altissima intensità clinica e relazionale. In una prospettiva di cura a lungo termine, il ricovero psichiatrico deve però essere concettualizzato come una misura terapeutica transitoria: per quanto l'ospedale assicuri la salvaguardia fisica, esso rimane un ambiente inadeguato in un'ottica di quotidianità. Il lavoro di elaborazione e di apprendimento delle strategie di regolazione emotiva dovrà avvenire nel contesto ambientale dell'adolescente, rendendo la dimissione il traguardo del ricovero stesso (73). L'altro versante della presa in carico, più frequente, è la dimissione dal Pronto Soccorso con affidamento del paziente alle cure del territorio, qualora la rete socio-familiare venga giudicata sufficientemente supportiva e il rischio imminente risulti mitigato. La letteratura però dimostra in modo incontrovertibile che la dimissione ospedaliera inaugura una finestra temporale di massima vulnerabilità psichica (74). Nelle prime settimane successive al rientro a casa, i tassi di recidiva autolesiva e di tentato suicidio subiscono un'impennata drammatica. Il ritorno nel proprio ambiente espone nuovamente il giovane ai medesimi *trigger* relazionali, familiari e scolastici che avevano innescato la crisi originaria, generando spesso un intollerabile senso di smarrimento, solitudine e di abbandono terapeutico nel momento in cui l'intensità delle cure ospedaliere viene a mancare (74). È esattamente in questa profonda debolezza di sistema che si innesca il fenomeno noto del *revolving door*: in assenza di una presa in carico post-acuzie tempestiva e ben orchestrata, l'adolescente dimesso sperimenta un rapido deterioramento clinico che lo condurrà inevitabilmente a un ennesimo accesso in urgenza (75). Questo logorante ciclo continuo di crisi, ricovero, dimissione, ricaduta e nuovo accesso in PS non solo incide sulla psicopatologia peggiorandone la prognosi, ma consuma le risorse emotive della famiglia e satura in modo insostenibile i dipartimenti di emergenza. Per spezzare questo circolo vizioso, il *gold standard* terapeutico risiede nell'istituzione di un'ininterrotta continuità assistenziale. La dimissione non può consistere solo in un atto amministrativo, ma deve configurarsi come una vera e propria dimissione protetta, in cui le fasi successive siano già state concertate (76). Gli interventi di transizione si sono dimostrati clinicamente determinanti: l'integrazione di un follow-up tempestivo presso i servizi territoriali con l'attivazione di reti di supporto psicoeducativo per i caregiver, come dimostrato dal modello *Youth-Nominated Support Team* (77), può ridurre drasticamente il rischio

di mortalità nel lungo periodo, con un'incidenza di decessi significativamente inferiore rispetto al trattamento standard. Queste strategie di continuità assistenziale, che includono la riconciliazione farmacologica e la pianificazione di un *safety plan*, agiscono sinergicamente per abbattere i tassi di ri-ospedalizzazione precoce.

La presa in carico dell'urgenza psichiatrica adolescenziale dunque si dimostra efficace solo ed esclusivamente quando il contenimento acuto operato dall'ospedale si fonde con il progetto di riabilitazione del territorio. Soltanto formando questa ininterrotta rete di protezione è possibile trasformare una crisi in un'occasione di cura reale per il giovane paziente.

4) SCOPO DELLO STUDIO E IPOTESI

La seguente analisi si propone di indagare il profilo clinico ed epidemiologico degli accessi in Pronto Soccorso (PS) centrale per autolesività e tentativi di suicidio in pazienti adolescenti (15-19 anni). L'obiettivo è validare le evidenze della letteratura internazionale sul nostro campione e testare specifiche ipotesi.

4.1 IMPATTO PANDEMICO, STAGIONALITÀ E RITMI CIRCADIANI

4.1.1 Casi complessi e andamento pandemico

L'obiettivo primario è valutare l'andamento degli accessi in urgenza nel corso degli anni, ponendo particolare attenzione al confronto tra le tre fasi epidemiologiche definite: Pre-COVID (fino al 9 marzo 2020), COVID (dal 10 marzo 2020 al 31 marzo 2022) e Post-COVID. Si ipotizza che la fase Post-COVID sia caratterizzata da un incremento statisticamente significativo sia nei volumi assoluti di presentazione in Pronto Soccorso, che nella proporzione di "Casi Complessi". Tali casi sono stati definiti come pazienti che presentano almeno un criterio di gravità tra: pregressa comorbidità psichiatrica, storia clinica di Tentato Suicidio (TS) o un tasso di ri-presentazione in urgenza indicativo del fenomeno del *revolving door* (numero di accessi > 5).

4.1.2 Andamento stagionale degli accessi e differenze di genere

Lo scopo dello studio in questo caso è verificare se la distribuzione temporale degli accessi nel campione in esame si allinei con le evidenze già presenti in letteratura, le quali documentano un incremento in concomitanza della ripresa delle lezioni delle urgenze neuropsichiatriche e una fisiologica deflessione durante i mesi estivi (44). Nello specifico, verrà testata l'ipotesi secondo cui i pazienti di sesso femminile registrerebbero un picco di accessi in stretta correlazione con le tempistiche del calendario scolastico, in particolar modo durante la fase definita come "Ripresa". L'obiettivo è esplorare una possibile differenza di genere nell'andamento stagionale, ipoteticamente riconducibile a una maggiore vulnerabilità della popolazione femminile in età adolescenziale rispetto all'ansia di natura prestazionale e relazionale (78).

4.1.3 Cronobiologia circadiana e disturbi del sonno

La ricerca si propone di analizzare la distribuzione oraria di arrivo in Pronto Soccorso, al fine di verificare l'ipotesi di una maggiore concentrazione di accessi durante le fasce temporali categorizzate come "Sera" e "Notte" (46). Successivamente, si intende esplorare l'eventuale associazione statistica tra le presentazioni in fascia notturna e la presenza in anamnesi della variabile "Disturbi del Sonno". Tale incrocio mira a testare, all'interno della casistica in esame, i recenti assunti teorici del modello *Mind after Midnight*; quest'ultimo postula che uno stato di veglia prolungata durante le ore notturne comprometta i meccanismi di autocontrollo, facilitando la rapida transizione da una preesistente ideazione suicidaria all'effettiva messa in atto di comportamenti autolesivi o di un Tentato Suicidio (32).

4.2 PROFILO ANAGRAFICO, ABBANDONO SCOLASTICO, DINAMICHE FAMILIARI E RELAZIONALI

4.2.1 Età al momento dell'accesso

L'obiettivo preliminare di questa sezione è delineare il profilo anagrafico dell'utenza al momento della valutazione in urgenza, calcolandone gli indici di tendenza centrale e di dispersione. Successivamente verrà condotta un'analisi esplorativa per verificare l'eventuale presenza di differenze anagrafiche statisticamente significative stratificando il campione in base al genere e alla tipologia di manifestazione clinica. Nello specifico si intende indagare se l'età di presentazione al Pronto Soccorso differisca in modo sostanziale tra i pazienti giunti a seguito di un Tentativo di Suicidio (TS) e coloro che manifestano esclusivamente comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI).

4.2.2 Dropout scolastico

Lo studio si propone di quantificare il fenomeno dell'abbandono scolastico (*dropout*) all'interno del campione, definendone l'età media al momento dell'interruzione degli studi. L'analisi bivariata avrà lo scopo di testare possibili associazioni tra tale condizione e variabili socio-demografiche, come l'etnia di appartenenza (etnia caucasica a confronto con minoranze etniche). L'ipotesi prevede inoltre che il tasso di *dropout* non si distribuisca in modo omogeneo nel

campione, ma risulti significativamente correlato a specifiche diagnosi psicopatologiche, con una prevalenza attesa maggiore tra i pazienti affetti da quadri diagnostici di natura esternalizzante, quali tratti personologici di tipo Borderline e Disturbi della Condotta, e da Disturbi del Neurosviluppo.

4.2.3 Contesto abitativo e profilo di gravità clinica

Oltre alla descrizione delle configurazioni familiari afferenti al Pronto Soccorso (nuclei biparentali, monoparentali e ricostituiti), l'indagine porrà un focus specifico sui pazienti istituzionalizzati in strutture comunitarie residenziali. L'ipotesi alla base di questa analisi è che la provenienza da una comunità rappresenti un indicatore di maggiore compromissione socio-ambientale e psicopatologica. Di conseguenza ci si aspetta di riscontrare in questo specifico sottogruppo indicatori di gravità clinica peggiori rispetto ai coetanei residenti nel nucleo familiare d'origine, traducibili in una maggiore prevalenza di comorbidità psichiatriche, un più alto tasso di Tentato Suicidio (TS) e un rischio di cronicizzazione (*revolving door*) significativamente superiore.

4.2.4 Rete amicale e relazione sentimentale

Questa specifica sezione mira a valutare il ruolo del supporto relazionale extra-familiare (definito dalla presenza di una Buona Rete Amicale e di Relazioni Sentimentali) sul rischio di un nuovo accesso in urgenza psichiatrica. Sebbene la letteratura tradizionale inquadri generalmente l'inclusione sociale e amicale come un consolidato fattore protettivo, il presente studio intende testare il fenomeno clinico del *Peer Contagion* (contagio sociale) in età adolescenziale, un modello secondo cui le vulnerabilità psicopatologiche tendono a rinforzarsi e auto-alimentarsi all'interno del gruppo dei pari (39). Coerentemente con tale prospettiva, si ipotizza in modo controintuitivo che i pazienti inseriti in una buona rete amicale possano registrare un tasso di ritorno in Pronto Soccorso superiore rispetto ai soggetti socialmente isolati.

4.3 PROFILO CLINICO-COMPORTAMENTALE, SPETTRO AUTOLESIVO-SUICIDARIO E TRAUMI

4.3.1 Confronto tra primo accesso e ritorno

L'obiettivo è delineare l'identikit clinico e anamnestico del paziente a rischio di cronicizzazione, confrontando i soggetti al loro esordio assoluto nei servizi di emergenza (Primo Accesso) con coloro che presentano la dinamica di *revolving door* (Ritorno). Si ipotizza che un numero alto di presentazioni in Pronto Soccorso sia l'espressione di un quadro clinico e socio-ambientale maggiormente compromesso. Nello specifico ci si attende che il profilo del paziente con accessi multipli sia caratterizzato da un maggior tasso di comorbidità, da un'incidenza superiore di eventi traumatici, Tentativi di Suicidio (TS) e da una provenienza preminente da strutture comunitarie residenziali.

4.3.2 Ideazione anticonservativa e comportamenti autolesivi (NSSI)

La ricerca si propone di indagare lo spettro dei comportamenti autolesivi, partendo dalla valutazione dell'Ideazione Anti-Conservativa (IAC) per verificare se la sua presenza si configuri come un fattore predittivo indipendente per l'effettiva messa in atto di un TS. Per quanto riguarda l'Autolesionismo Non Suicidario (NSSI), lo studio intende confermare l'evidenza internazionale che inquadra il *cutting* come metodica prevalente, ipotizzando inoltre una distribuzione disomogenea del fenomeno: ci si attende una prevalenza significativamente maggiore nel sesso femminile, nei pazienti autori di TS e nei soggetti con diagnosi afferente allo spettro dei Disturbi della Personalità (F60-F69) (21). Verranno testate ulteriori ipotesi relative ai marcatori di gravità dell'autolesionismo: si verificherà se l'adozione di una modalità mista (*mixed*), un'elevata frequenza degli atti (superiore a 5 episodi annui) e un esordio precoce (*early onset*, antecedente ai 13 anni) si associno a esiti peggiori, traducibili in una maggiore incidenza di tentativi di suicidio (TS).

4.3.3 Fattori di vulnerabilità: eventi traumatici e abuso di sostanze

Si ipotizza che l'esposizione a pregressi eventi traumatici agisca da forte elemento predittivo per lo sviluppo di condotte NSSI precoci e ripetitive, associandosi a quadri clinici di elevata complessità (elevato tasso di comorbidità, TS e ritorni in urgenza). Oltre a ciò lo studio indaga il ruolo dell'abuso di sostanze come strategie

di *coping* maladattivo e disfunzionali anestetici emotivi. L'ipotesi da verificare è che i pazienti portatori di tali dipendenze registrino una probabilità significativamente più alta di appartenere al gruppo dei Ritorni, a causa di una precaria capacità di regolazione emotiva alla dimissione che esita rapidamente in una nuova disregolazione acuta. Infine si valuterà se le fasi temporali legate alla pandemia da COVID-19 abbiano comportato variazioni statisticamente rilevanti nell'incidenza di tali abusi all'interno del campione.

4.4 ANDAMENTO DEI RICOVERI IN BASE AL PERIODO COVID

L'ultimo obiettivo del presente studio consiste nel valutare gli esiti della presa in carico in Pronto Soccorso, analizzando la proporzione tra i pazienti ospedalizzati e quelli indirizzati a una gestione ambulatoriale nell'arco temporale 2019-2025. L'indagine mira a esplorare le fluttuazioni del tasso di ricovero stratificandolo in relazione alle tre fasi epidemiologiche (Pre-COVID, COVID e Post-COVID). Nello specifico si ipotizza un incremento significativo delle ospedalizzazioni erogate in regime d'urgenza con un picco in concomitanza dell'emergenza pandemica. Tale dinamica rifletterebbe una maggiore gravità alla presentazione, la quale si traduce in un aumento dei ricoveri non differibili che contribuisce alla progressiva saturazione dei posti letto ospedalieri, a potenziale discapito dell'accoglienza dei ricoveri di natura programmata.

5) MATERIALI E METODI

5.1 DISEGNO DELLO STUDIO

Il presente studio si configura come uno studio osservazionale monocentrico retrospettivo. I dati sono stati raccolti mediante un'accurata revisione della documentazione clinica dei pazienti afferenti in regime d'urgenza presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Tutti i dati sensibili sono stati estratti, anonimizzati e inseriti in un database appositamente strutturato per l'indagine statistica. Il trattamento dei dati è avvenuto nel rigoroso rispetto della normativa vigente in materia di privacy e in conformità ai principi etici sanciti dalla Dichiarazione di Helsinki (World Medical Association, 2013) e successivi aggiornamenti, a puri fini di ricerca scientifica.

5.2 PARTECIPANTI E CRITERI DI RECLUTAMENTO

La popolazione in studio è costituita da pazienti in età adolescenziale, compresa tra i 15 e i 19 anni, che hanno effettuato un accesso presso il Pronto Soccorso (PS) Centrale dell'Azienda Ospedale-Università di Padova nel periodo di tempo compreso tra Gennaio 2019 e Dicembre 2025. L'inclusione nel campione ha previsto che per il paziente fosse stata richiesta, durante la permanenza in PS, una consulenza specialistica neuropsichiatrica o psichiatrica. Nello specifico, per isolare la casistica di interesse, sono stati arruolati esclusivamente i soggetti il cui Triage riportasse diciture contenenti "violenza verso sé stessi" o "intossicazione".

Una specifica necessaria del disegno di campionamento riguarda il fenomeno della ri-ospedalizzazione (*revolving door*): i pazienti che hanno effettuato accessi multipli nel periodo in esame sono stati considerati per n -volte. Ogni accesso al Pronto Soccorso è stato dunque analizzato come un evento clinico a sé stante (per un totale di 512 accessi registrati in un campione reale di 320 pazienti univoci), al fine di valutare accuratamente l'evoluzione temporale della psicopatologia e la frequenza delle recidive.

5.3 PROCEDURA DI RACCOLTA DATI

La gestione dello studio e la raccolta delle informazioni cliniche si è articolata in fasi sequenziali. Per ogni singolo accesso registrato nel database, la fonte primaria

di indagine è stata la valutazione del referto della consulenza neuropsichiatrica o psichiatrica eseguita in urgenza. Successivamente per completare e arricchire il profilo clinico-anamnestico del paziente, qualora l'accesso in PS fosse esitato in un'ospedalizzazione, la raccolta dati è stata integrata attraverso l'analisi approfondita della cartella clinica di reparto e della lettera di dimissione ospedaliera.

5.4 VARIABILI DELLO STUDIO

La raccolta delle informazioni svolta in maniera retrospettiva ha permesso di isolare e categorizzare le seguenti variabili di studio, suddivise in cinque macro-aree:

5.4.1 Variabili socio-demografiche e familiari

- Genere (Maschio / Femmina);
- Età al momento dell'accesso (espressa in anni);
- Etnia (Caucasica, Latina, Asiatica, Araba, Africana);
- Scolarizzazione (Frequenta / Abbandono);
- Situazione familiare (Biparentale, Monoparentale, Ricostituito, Comunità);
- Numero di fratelli (Figlio unico, 1, ≥ 2);
- Presenza di relazione sentimentale in atto (sì/no);
- Presenza di una buona rete amicale (sì/no).

5.4.2 Caratteristiche dell'accesso in urgenza

- Orario dell'accesso, successivamente categorizzato in fasce orarie (Mattina, Pomeriggio, Sera, Notte);
- Stagione scolastica (Vacanza, Ripresa Scuola, Primo Periodo, Secondo Periodo);
- Data dell'accesso, successivamente categorizzata in base all'andamento pandemico (Pre-COVID, COVID, Post-COVID);
- Tipo di accesso (Primo Accesso / Ritorno);
- Paziente Cronico, ovvero con più di 5 accessi (sì/no);

- Esito e servizi post-dimissione (Ambulatorio / Ricovero).

5.4.3 Categorie diagnostiche (Codici ICD-10)

La presenza delle seguenti patologie è stata dicotomizzata (sì/no). Le categorie non sono mutuamente esclusive, registrando quindi l'eventuale presenza di comorbidità (presenza di più patologie = sì/no):

- ICD10_F50 (Disturbi alimentari);
- ICD10_F30-F39 (Disturbi dell'umore);
- ICD10_F20-F29 (Schizofrenia e disturbi psicotici);
- ICD10_F40-F48 (Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi);
- ICD10_F60-F69 & F91 (Tratti personologici di tipo Borderline e Disturbi della condotta);
- ICD10_F80-F89 & F70-F79 (Disturbi dello sviluppo e ritardo mentale).

5.4.4 Trattamenti farmacologici

Terapia in atto (sì/no) con le seguenti classi farmacologiche all'ingresso in PS:

- Antidepressivi;
- Benzodiazepine/Z-drugs;
- Stabilizzatori dell'umore;
- Antipsicotici.

5.4.5 Profilo clinico, comportamenti a rischio e anamnesi

- Presenza di tentativo suicidario in anamnesi (sì/no);
- Presenza di Ideazione Anticonservativa (IAC) in atto (sì/no);
- Autolesività Non Suicidaria (NSSI) in atto (sì/no);
- Modalità di autolesione (cutting, burning, hitting, mixed, other);
- Frequenza dell'NSSI nell'ultimo anno (> 5/anno: occasionale / ripetitiva);
- Età di insorgenza (onset) dei comportamenti (early <13 anni / late);

- Familiarità psichiatrica (sì/no);
- Storia di eventi traumatici passati (sì/no);
- Storia di abuso di sostanze (sì/no);
- Presenza di disturbi del sonno (sì/no);
- Presenza di dispercezioni o allucinazioni (sì/no);
- Uso eccessivo e disregolato di dispositivi digitali (segnalato solo se presente).

5.5 ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica dei dati è stata condotta fissando la soglia di significatività a $\alpha = 0.05$. L'esplorazione delle variabili categoriali è stata realizzata tramite tavole di contingenza: per valutare le associazioni si è impiegato il test del Chi-quadro (χ^2), ricorrendo al test esatto di Fisher in tutti i casi in cui le frequenze attese nelle celle risultavano inferiori a 5. Per l'analisi delle variabili continue, accertata l'assenza di una distribuzione normale, i confronti tra i gruppi sono stati effettuati avvalendosi del test non parametrico U di Mann-Whitney. Al fine di garantire la massima trasparenza descrittiva, tutte le frequenze relative (percentuali) sono state calcolate sul totale dei casi validi, escludendo dal denominatore i dati mancanti (*non-missing*) specifici per ciascuna variabile indagata. L'elaborazione del dataset è stata eseguita avvalendosi in modo integrato di due applicativi: il software Jamovi è stato utilizzato per la conduzione delle analisi statistiche descrittive, mentre il Software di calcolo R è stato impiegato per l'esecuzione delle analisi inferenziali mediante Chi-quadro.

6) ANALISI DATI

6.1 ANALISI DESCRITTIVA DEL CAMPIONE

6.1.1 Caratteristiche socio-demografiche e familiari

L'analisi descrittiva del campione (*Tabella I*) evidenzia una netta preponderanza di accessi relativi a pazienti di sesso femminile, che costituiscono il 79.5% ($n=407$) del totale, rispetto al 20.5% ($n=105$) di sesso maschile. Per quanto riguarda il livello di inserimento e funzionamento sociale, l'80.6% ($n=319$) dei soggetti risulta regolarmente scolarizzato, mentre si registra un tasso di abbandono scolastico pari al 19.4% ($n=77$).

L'osservazione delle configurazioni abitative e familiari mostra che la maggioranza dei pazienti risiede in un nucleo familiare biparentale (49.5%, $n=199$), seguito da assetti monoparentali (25.1%, $n=101$) e famiglie ricostituite (4.7%, $n=19$), ovvero famiglie comprendenti un genitore biologico e il nuovo compagno di quest'ultimo. Un dato di particolare rilievo assistenziale è rappresentato dal 20.6% ($n=83$) degli accessi, effettuato da pazienti istituzionalizzati in comunità residenziali. Rispetto alla composizione fraterna, quasi la metà dei soggetti ha un solo fratello (49.6%, $n=138$), il 27.3% ($n=76$) ha due o più fratelli, mentre i figli unici costituiscono il 23.0% ($n=64$).

Indagando il supporto relazionale extra-familiare al momento della valutazione in urgenza, si rileva la presenza di una buona rete amicale nel 65.3% ($n=207$) dei casi valutabili, a fronte di un 34.7% ($n=110$) che ne risulta privo. Le relazioni sentimentali attive risultano invece meno frequenti, coinvolgendo il 26.5% ($n=65$) del campione. Infine, l'indagine anamnestica documenta un'elevata prevalenza di familiarità psichiatrica, riscontrata positiva nel 61.5% ($n=169$) degli accessi.

Variabile		<i>n</i> (%)
Sesso (<i>N</i> =512)	Maschio	105 (20.5%)
	Femmina	407 (79.5%)

Scolarizzazione (N=396)	Frequentante	319 (80.6%)
	Abbandono	77 (19.4%)
Situazione Familiare (N=402)	Biparentale	199 (49.5%)
	Monoparentale	101 (25.1%)
	Ricostituita	19 (4.7%)
	Comunità	83 (20.6%)
Numero di Fratelli (N=278)	Figlio Unico	64 (23%)
	1 fratello	138 (49.6%)
	≥ 2 fratelli	76 (27.3%)
Buone Relazioni Amicali (N=317)	Presente	207 (65.3%)
	Assente	110 (34.7%)
Relazione Sentimentale (N=245)	Presente	65 (26.5%)
	Assente	180 (73.5%)
Familiarità Psichiatrica (N=275)	Presente	169 (61.5%)
	Assente	106 (38.5%)

Tabella I: Caratteristiche socio-demografiche e familiari.

6.1.2 Profilo psicopatologico e anamnesi Clinica

L'indagine del profilo diagnostico (*Tabella II*) evidenzia come le singole categorie ICD-10, non mutualmente esclusive, si distribuiscano delineando un quadro di elevata complessità. La classe prevalente è rappresentata dai Disturbi dell'Umore

(F30-F39), documentati nel 75.1% ($n=328$) degli accessi valutabili. Seguono per frequenza i Disturbi d'Ansia (F40-F48), riscontrati nel 51.3% ($n=224$) dei casi, e i Tratti Personologici e della Condotta (F60-F69 & F91), presenti nel 39.6% ($n=173$). Quote inferiori, ma clinicamente rilevanti, riguardano i Disturbi Alimentari (F50) al 28.6% ($n=125$), le diagnosi relative al Neurosviluppo (F80-F89 & F70-F79) al 16.5% ($n=72$) e i disturbi dello spettro schizofrenico (F20-F29) al 7.1% ($n=31$).

Coerentemente con tali frequenze, la co-presenza di più quadri diagnostici (comorbidità) si conferma un tratto preponderante della casistica in esame, interessando la netta maggioranza del campione (71.6%, $n=313$).

Relativamente all'anamnesi patologica remota e ai fattori di vulnerabilità, l'analisi rileva un'elevata incidenza di pregressi eventi traumatici, riportati positivamente nel 54.7% ($n=210$) degli accessi. Il quadro anamnestico è ulteriormente gravato da una prevalenza di disturbi del sonno che interessa oltre la metà delle valutazioni (55.5%, $n=216$) e da una storia clinica positiva per abuso di sostanze nel 30.5% ($n=120$) dei casi. Infine, le alterazioni della sfera sensoriale come le dispercezioni, sono state documentate in una frazione minore del campione, pari all'11.8% ($n=50$).

Variabile		<i>n (%)</i>
Diagnosi (ICD-10) ($N=437$)	F50	125 (28.6%)
	F30-F39	328 (75.1%)
	F20-F29	31 (7.1%)
	F40-F48	224 (51.3%)
	F60-F69 & F91	173 (39.6%)
	F80-F89 & F70-F79	72 (16.5%)
Comorbidità ($N=437$)	Presente	313 (71.6%)

	Assente	124 (28.4%)
Eventi Traumatici Passati (N=384)	Presente	210 (54.7%)
	Assente	174 (45.3%)
Storia di Abuso di Sostanze (N=393)	Presente	120 (30.5%)
	Assente	273 (69.5%)
Disturbi del Sonno (N=389)	Presente	216 (55.5%)
	Assente	173 (44.5%)
Dispercezioni (N=423)	Presente	50 (11.8%)
	Assente	373 (88.2%)

Tabella II: Profilo psicopatologico e anamnesi clinica.

6.1.3 Dinamiche di entrata e dimissione degli Accessi

L'analisi delle caratteristiche operative e temporali relative agli accessi in Pronto Soccorso (*Tabella III*) evidenzia una distribuzione disomogenea rispetto alle fasi epidemiologiche: la maggior parte delle valutazioni è avvenuta nel periodo Post-COVID (63.7%, $n=326$), seguito dall'emergenza COVID (21.9%, $n=112$) e dalla fase Pre-COVID (14.5%, $n=74$). Tuttavia, poiché questi tre periodi epidemiologici abbracciano intervalli temporali di durata profondamente disomogenea, si è resa necessaria una normalizzazione dei dati calcolando il tasso di accesso medio giornaliero. Questa analisi corretta dal *bias* temporale non solo conferma, ma delinea in modo più accurato i trend di accesso: il periodo Post COVID si mantiene come quello con la maggiore densità in assoluto (0.24 accessi/giorno, pari a circa 1 accesso ogni 4 giorni); mentre l'incidenza calcolata per il periodo COVID (0.15 accessi/giorno) risulta inferiore a quella del periodo Pre COVID (0.17 accessi/giorno).

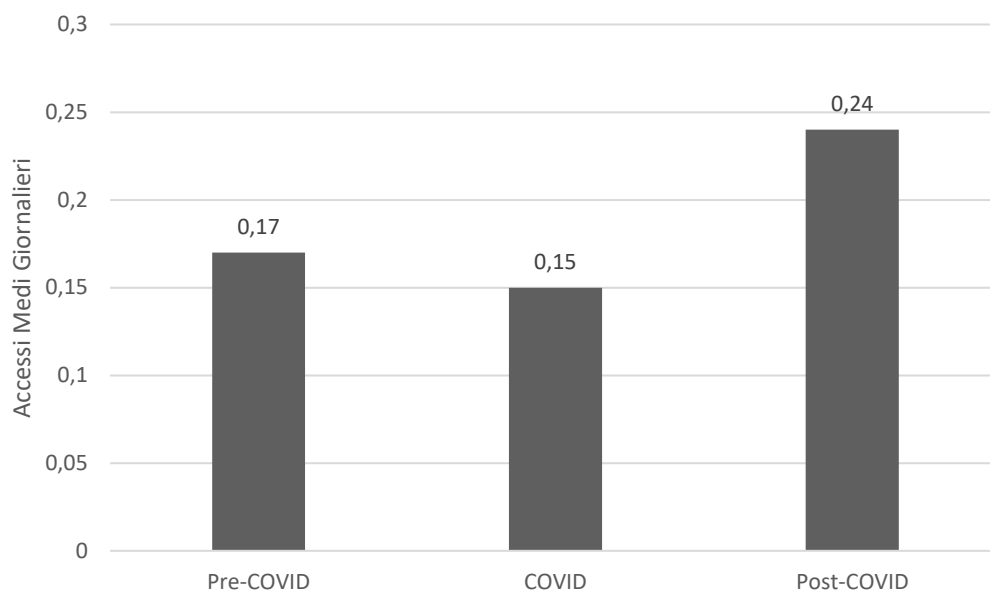


Figura 1: Accessi medi giornalieri in base al periodo pandemico.

Per quanto riguarda il calendario scolastico, le frequenze di accesso si concentrano principalmente durante il Primo Periodo (30.1%, $n=154$) e nei mesi di Vacanza (28.1%, $n=144$), con quote inferiori registrate nel Secondo Periodo (23.8%, $n=122$) e nella fase di Ripresa (18.0%, $n=92$). Anche in questo caso però, visto che le finestre temporali analizzate presentano una durata eterogenea, le frequenze assolute sono state normalizzate calcolando il tasso di accesso medio giornaliero per ciascuna categoria. Questa analisi rivela che la densità di accessi è sistematicamente maggiore durante i mesi di frequenza scolastica: il picco si registra nel Primo Periodo (1.61 accessi/settimana), seguito dalla Ripresa Scuola (1.53 accessi/settimana) e dal Secondo Periodo (1.49 accessi/settimana). Al contrario, il periodo di Vacanza, presenta l'incidenza giornaliera nettamente più bassa (1.13 accessi/settimana).

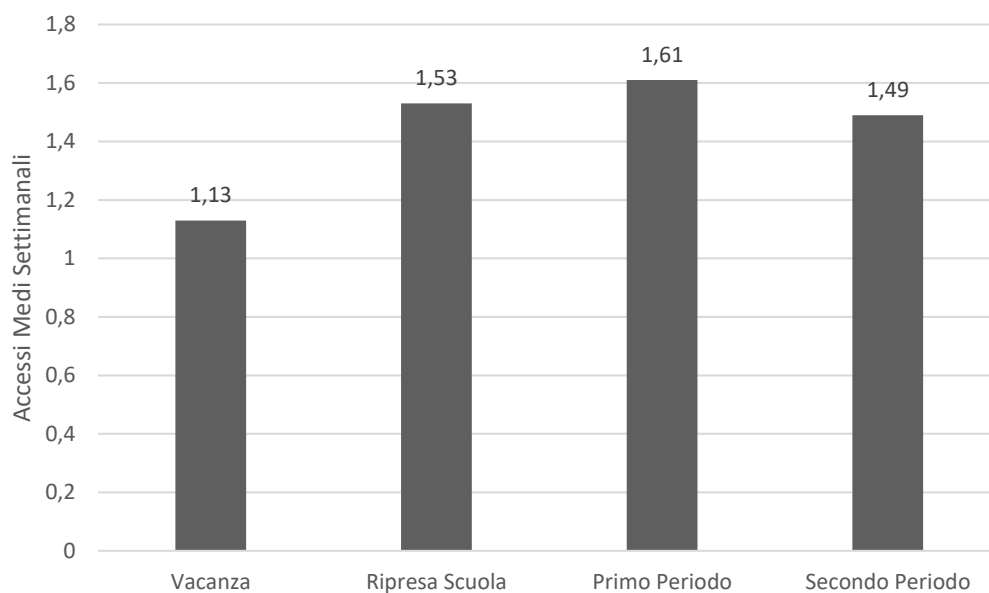


Figura 2: Accessi medi settimanali in base al periodo scolastico.

La distribuzione oraria documenta un'affluenza maggiore nella fascia pomeridiana (38.5%, $n=195$) e in quella serale (32.0%, $n=162$); mentre le consulenze richieste al mattino coprono solo il 17.8% ($n=90$) del totale; gli accessi notturni infine rappresentano la quota minoritaria (11.8%, $n=60$). Anche in questa suddivisione le fasce orarie codificate nel dataset coprono intervalli temporali disomogenei, dunque le frequenze sono state normalizzate calcolando il tasso di incidenza orario. Questa correzione metodologica restituisce una prospettiva clinica differente: la densità maggiore di accessi si concentra infatti nella fascia della Sera (15.8 accessi ogni 1000 ore), che supera per intensità il Pomeriggio (12.7 accessi ogni mille ore). Le fasce della Mattina (5 accessi ogni mille ore) e della Notte (3.4 accessi ogni mille ore) presentano un carico nettamente inferiore.

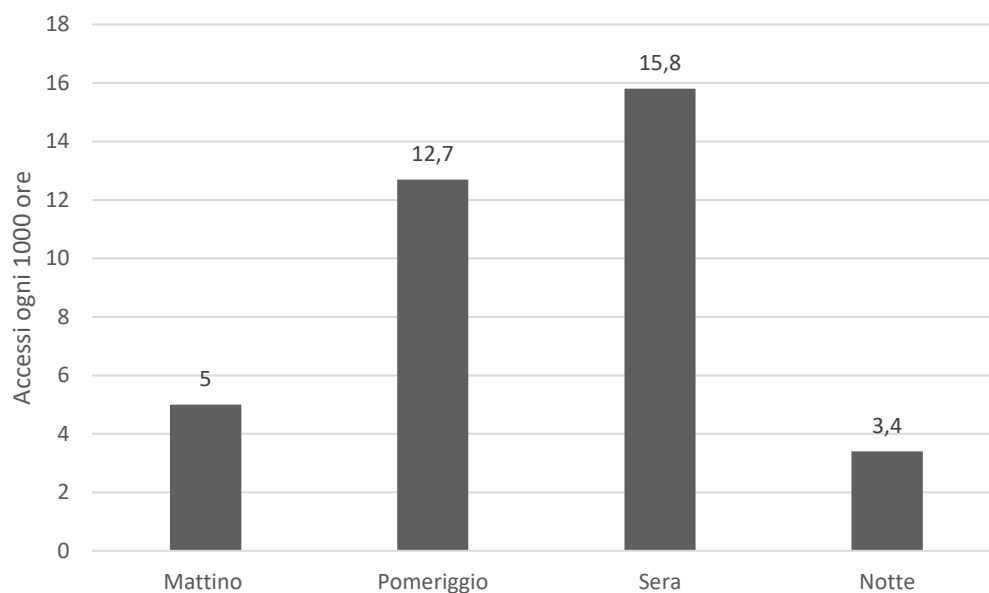


Figura 3: Accessi ogni 1000 ore in base alla fascia oraria.

Indagando il tipo di accesso, la distribuzione tra le due tipologie di paziente risulta pressoché sovrapponibile: il 51.6% ($n=227$) delle consulenze ha riguardato pazienti al loro primo accesso, a fronte di un 48.4% ($n=213$) ascrivibile a fenomeni di ritorno in urgenza. Infine, l'esito della valutazione clinica ha previsto una gestione ambulatoriale post-dimissione nel 56.6 % ($n=289$) degli accessi, mentre nel 43.4% dei casi valutabili ($n=222$) si è proceduto all'ospedalizzazione del paziente tramite ricovero in reparto.

Variabile		n (%)
Fase COVID (N=512)	Pre - COVID	74 (14.5%)
	COVID	112 (21.9%)
	Post – COVID	326 (63.7%)
Periodo Scolastico (N=512)	Ripresa	92 (18%)
	Primo Periodo	154 (30.1%)
	Secondo Periodo	122 (23.8%)

	Vacanze	144 (28.1%)
Fascia Oraria (N=512)	Mattino	90 (17.8%)
	Pomeriggio	195 (38.5%)
	Sera	162 (32%)
	Notte	60 (11.8%)
Tipo di Accesso (N=440)	Primo accesso	227 (51.6%)
	Ritorno	213 (48.4%)
Servizi post-Dimissione (N=511)	Ambulatorio	289 (56.6%)
	Ricovero	222 (43.4%)

Tabella III: Dinamiche di entrata e dimissione degli accessi.

6.1.4 Comportamenti autolesivi e rischio suicidario

L'esame dettagliato delle condotte non suicidarie e suicidarie (*Tabella IV*) evidenzia una compromissione clinica di elevata gravità all'interno del campione. L'Ideazione Anti-Conservativa (IAC) risulta essere diffusa, essendo documentata nel 61.2% ($n=267$) degli accessi valutabili. Tale ideazione si è tradotta in un reale Tentativo di Suicidio nel 36.8% ($n=159$) dei casi giunti all'attenzione del Pronto Soccorso.

Un dato di rilievo è rappresentato dalla presenza di comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI), rilevati nella quasi totalità dei casi clinici (82.7%, $n=344$). L'analisi delle specifiche modalità autolesive mostra come il *cutting* (taglio) costituisca la pratica di gran lunga predominante (67.7%, $n=228$), seguita dall'adozione di condotte miste (22.3%, $n=75$). Meno frequenti risultano l'autolesionismo tramite percosse (*hitting*, 5.6%, $n=19$), bruciature (*burning*, 3.0%, $n=10$) e altre metodiche (1.5%, $n=5$). Sotto il profilo anamnestico e dell'evoluzione clinica: la frequenza degli atti supera i cinque episodi annui nel 73.9% ($n=207$) dei

soggetti valutati; mentre nel 37.4% ($n=73$) dei casi l'età di esordio del NSSI risulta antecedente ai 13 anni.

Variabile		<i>n (%)</i>
Tentativo di Suicidio (<i>N=432</i>)	Presente	159 (36.8%)
	Assente	273 (63.2%)
IAC (Ideazione Anti-Conservativa) (<i>N=436</i>)	Presente	267 (61.2%)
	Assente	169 (38.8%)
NSSI (<i>N=416</i>)	Presente	344 (82.7%)
	Assente	72 (17.3%)
Modalità Autolesione (<i>N=337</i>)	Cutting	228 (67.7%)
	Burning	10 (3.0%)
	Hitting	19 (5.6%)
	Mixed	75 (22.3%)
	Other	5 (1.5%)
Frequenza NSSI (<i>N=280</i>)	≥ 5 /anno	207 (73.9%)
	< 5 /anno	73 (26.1%)
Esordio NSSI (<i>N=195</i>)	<13 anni	73 (37.4%)
	≥ 13 anni	122 (62.6%)

Tabella IV: Comportamenti autolesivi e rischio suicidario.

6.2 ANALISI BIVARIATE E STUDIO DI ASSOCIAZIONI

6.2.1 Impatto pandemico, stagionalità e ritmi circadiani

6.2.1.1 *Casi complessi e andamento pandemico*

Ai fini della valutazione della gravità clinica è stata preventivamente definita la variabile dicotomica "Caso Complesso". L'inclusione in tale categoria è stata determinata dalla presenza di almeno uno dei seguenti criteri anamnestici e clinici: pregressa o attuale comorbidità psichiatrica, storia clinica positiva per Tentativo di Suicidio (TS) o un elevato tasso di ri-presentazione in urgenza (variabile Esimo Accesso > 5).

L'analisi bivariata condotta per indagare l'associazione tra la proporzione dei casi complessi e le tre fasi epidemiologiche in esame (Pre-COVID, COVID, Post-COVID) non ha restituito risultati statisticamente significativi ($\chi^2 = 5.57, df = 2, p = 0.061$). Nello specifico, la distribuzione campionaria non evidenzia un incremento significativo degli accessi ad alta complessità nel periodo Post-COVID rispetto ai periodi precedenti.

6.2.1.2 *Andamento stagionale degli accessi e differenze di genere*

Per valutare l'eventuale influenza del sesso sulla distribuzione temporale degli accessi in urgenza, le frequenze di presentazione di pazienti maschi e femmine sono state incrociate con i quattro periodi che scandiscono l'anno scolastico (Ripresa, Primo Periodo, Secondo Periodo, Vacanze). L'analisi bivariata non ha rilevato alcuna differenza statisticamente significativa nella distribuzione stagionale tra i due sessi ($\chi^2 = 1.98, df = 3, p = 0.576$). Le fluttuazioni del volume di accessi nel corso dell'anno risultano pertanto proporzionalmente sovrapponibili sia per la componente maschile che per quella femminile del campione.

6.2.1.3 *Cronobiologia circadiana e disturbi del sonno*

L'analisi bivariata ha indagato la possibile associazione tra la presentazione in Pronto Soccorso durante la fascia oraria notturna (dalle ore 00:00 alle ore 07:00) e la documentata presenza in anamnesi di Disturbi del Sonno. L'incrocio tra le due variabili non ha evidenziato una relazione statisticamente significativa ($\chi^2 = 0.56, df = 1, p = 0.453$). All'interno del campione in esame pertanto, la proporzione di accessi notturni effettuati da pazienti con disturbi del sonno non

differisce in misura significativa da quella registrata per i pazienti privi di tale vulnerabilità anamnestica.

Variabili Analizzate	χ^2	df	p-value
COVID-19 X Caso Complesso	5.57	2	0.061
Stagione Scolastica X Genere	1.98	3	0.576
Fascia Oraria X Disturbi del Sonno	0.56	1	0.453

Tabella V: Sintesi delle associazioni statistiche relative alle variabili temporali.

6.2.2 Profilo anagrafico, abbandono scolastico, dinamiche familiari e relazionali

6.2.2.1 Età al momento dell'accesso

Gruppo	Media (anni)	Mediana	DS	Range
Totale campione	17.37	17.53	1.05	15.1–19.0
Femmine ($N=407$)	17.34	17.53	1.07	–
Maschi ($N=105$)	17.49	17.53	0.94	–
Con TS ($N=159$)	17.21	17.32	–	–
Solo NSSI ($N=223$)	17.33	17.53	–	–

Tabella VI: Età al momento dell'accesso.

L'analisi bivariata non rileva differenze anagrafiche significative nell'età di presentazione in urgenza tra i pazienti giunti per un Tentato Suicidio (TS) e coloro che presentano esclusivamente comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI) ($U = 16372.5$, $p = 0.203$). Le età mediane dei due sottogruppi clinici risultano infatti

sovrapponibili, attestandosi rispettivamente a 17.32 e 17.53 anni. Analogamente, il confronto dell'età al momento dell'accesso non mostra variazioni legate al genere, registrando un'età mediana identica tra la componente femminile e quella maschile del campione (17.53 anni).

6.2.2.2 Analisi del dropout scolastico

L'abbandono scolastico (*dropout*) interessa il 19.4% (n=77) dei pazienti valutabili, con un'età media al momento dell'interruzione degli studi pari a 17.54 anni (DS = 0.99). L'analisi preliminare non ha rilevato associazioni statisticamente significative tra l'etnia del paziente e la condizione di abbandono scolastico ($\chi^2 = 2.43, df = 1, p = 0.119$).

Relativamente al profilo psicopatologico, il dato di maggior rilievo è la forte associazione tra l'abbandono scolastico e i Tratti Personologici e della Condotta (F60-69 e F91), diagnosticati nel 59.7% dei pazienti in *dropout* rispetto al 31.6% dei soggetti regolarmente frequentanti ($\chi^2 = 20.9, df = 1, p < 0.001$). Al contrario, i Disturbi d'Ansia (F40-F48) risultano significativamente più prevalenti tra i giovani che mantengono la frequenza scolastica (56.2% contro il 37.7% del gruppo *dropout*; $\chi^2 = 8.48, df = 1, p = 0.003$).

Una dinamica statisticamente sovrapponibile si osserva per i Disturbi Alimentari (F50), riscontrati nel 31.4% dei frequentanti contro il 16.9% degli abbandoni ($\chi^2 = 6.41, df = 1, p = 0.011$), e per le diagnosi afferenti al Neurosviluppo (17.4% vs 7.8%; $\chi^2 = 4.33, df = 1, p = 0.037$). Non emergono invece differenze significative relative alla categoria dei Disturbi dell'Umore (F30-F39), che si confermano trasversalmente rappresentati in proporzioni elevate in entrambi i sottogruppi ($\chi^2 = 2.43, df = 1, p = 0.119$).

Diagnosi	% Dropout	% Frequentanti	Statistiche
F50 Disturbi Alimentari	16.9%	31.4%	p=0.011 ($\chi^2=6.41, df = 1$)
F30-F39 Disturbi Umore	70.1%	78.5%	p=0.119 ($\chi^2=2.43, df = 1$)

Diagnosi	% Dropout	% Frequentanti	Statistiche
F40-F48 Disturbi Ansia	37.7%	56.2%	p=0.003 ($\chi^2=8.48$, df = 1)
F60-69 & F91 Personalità/Condotta	59.7%	31.6%	p<0.001 ($\chi^2=20.9$, df = 1)
F80-89 & F70-79 Neurosviluppo	7.8%	17.4%	p=0.037 ($\chi^2=4.33$, df = 1)

Tabella VII: Dropout scolastico in base alle categorie diagnostiche.

6.2.2.3 Contesto abitativo e profilo di gravità clinica

I pazienti provenienti da strutture comunitarie residenziali registrano un tasso di Tentato Suicidio (TS) pari al 31.3% e una prevalenza di comorbidità psichiatriche del 72.3%. Il confronto statistico con i coetanei residenti nel nucleo familiare non rileva tuttavia differenze significative. Nello specifico, l'istituzionalizzazione non risulta associata in misura statisticamente rilevante a una maggiore presenza di comorbidità ($\chi^2 = 0.067$, $df = 1$, $p = 0.796$) o a un incremento nella frequenza dei tentativi di suicidio ($\chi^2 = 1.39$, $df = 1$, $p = 0.239$). Relativamente al tasso di ri-presentazione in urgenza, l'analisi non evidenzia differenze significative nel numero totale di accessi: sebbene i pazienti afferenti dalle comunità mostrino una mediana lievemente superiore rispetto a chi vive in famiglia (4.0 vs 3.0), tale divario non raggiunge la soglia di significatività statistica ($p = 0.321$, test di Mann-Whitney).

6.2.2.4 Rete amicale e relazione sentimentale

L'analisi bivariata ha indagato l'eventuale associazione tra la rete relazionale del paziente e la probabilità di incorrere in un fenomeno di ri-presentazione in Pronto Soccorso (Variabile Ritorno positiva). L'incrocio dei dati documenta un'associazione statisticamente significativa tra la presenza di una buona rete amicale e un incremento del tasso di ri-accesso: i pazienti inseriti in un gruppo di pari registrano una percentuale di ritorno in urgenza pari al 52.2%, rispetto al 37.4% rilevato tra i soggetti privi di tale rete di supporto ($\chi^2 = 6.19$, $df = 1$, $p = 0.013$).

Al contrario, l'indagine relativa alla sfera affettiva non rileva differenze significative: la sussistenza di una relazione sentimentale attiva al momento della valutazione non risulta associata in misura rilevante alla probabilità di un nuovo accesso in urgenza ($\chi^2 = 0.27, df = 1, p = 0.607$).

Variabili Analizzate	Test Statistico	Risultato	p-value
Differenza età tra TS e NSSI-only	Mann-Whitney	U = 16372.5	0.203
Etnia X Abbandono Scolastico	Chi-quadro	$\chi^2 = 2.43, df = 1$	0.119
Situazione Familiare X Comorbidità	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.067, df = 1$	0.796
Situazione Familiare X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 1.39, df = 1$	0.239
Situazione Familiare X i-esimo Accesso	Mann-Whitney	Mediane: 4.0 vs 3.0	0.321
Rete Amicale X Ritorno	Chi-quadro	$\chi^2 = 6.19, df = 1$	0.013
Relazione Sentimentale X Ritorno	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.27, df = 1$	0.607

Tabella VIII: Sintesi delle associazioni statistiche cliniche, anagrafiche e socio-relazionali.

6.2.3 Profilo clinico-comportamentale, spettro autolesivo-suicidario e traumi

6.2.3.1 Confronto tra primo accesso e ritorno

La stratificazione del campione in base alla frequenza di presentazione in Pronto Soccorso (Primo Accesso, n=227, 50.9%; Ritorno, n=213, 47.8%) è stata indagata per valutare le associazioni statistiche con le variabili cliniche e anamnestiche. L'analisi bivariata documenta che i pazienti in condizione presentano un tasso di comorbidità psichiatrica significativamente superiore rispetto ai soggetti giunti in urgenza per la prima volta (75.6% vs 62.1%; $p = 0.002$). Sul piano del contesto abitativo, si rileva una marcata associazione con l'istituzionalizzazione pregressa: la provenienza da una comunità residenziale interessa il 63.8% del gruppo dei ritorni, a fronte del 36.1% registrato tra i primi accessi ($p = 0.006$).

Sotto il profilo nosografico, la reiterazione degli accessi risulta significativamente associata a specifiche categorie diagnostiche. I Trattamenti Personologici e della Condotta

(F60-F69 & F91) registrano l'incremento percentuale più elevato, passando dal 25.6% nei primi accessi al 56.2% nei ritorni ($p < 0.001$). Si osserva un aumento statisticamente significativo anche per i Disturbi dell'Umore (F30-F39), che si attestano all'82.1% nei ritorni contro il 68.3% dei primi accessi ($p = 0.001$), e per i Disturbi Alimentari (F50), rilevati nel 37.2% dei casi di ri-presentazione rispetto al 21.6% dei primi accessi ($p = 0.004$).

Al contrario, l'analisi non fa emergere differenze statisticamente significative relative all'incidenza del Tentativo di Suicidio (TS), che si mantiene in proporzioni pressoché sovrapponibili tra i due gruppi (37.7% nei ritorni vs 35.7% nei primi accessi; $p = 0.668$). Analogamente, non si riscontrano variazioni di rilievo statistico nella prevalenza dei Disturbi d'Ansia (F40-F48) (54.2% vs 46.9%; $p = 0.130$) e delle diagnosi inerenti al Neurosviluppo (F80-F89 & F70-F79) (14.9% vs 17.4%; $p = 0.487$).

Variabile	Primo Accesso	Ritorno	p-value
Comorbidità	62.1%	75.6%	p=0.002
Tentativo Suicidario	35.7%	37.7%	p=0.668
Provenienza Comunità	36.1%	63.8%	p=0.006
F50 Disturbi Alimentari	21.6%	37.2%	p=0.004
F30-F39 Disturbi Umore	68.3%	82.1%	p=0.001
F60-69 Tratti Personologici e della Disturbi della Condotta	25.6%	56.2%	p<0.001
F40-48 Disturbi Ansia	46.9%	54.2%	p = 0.130

Variabile	Primo Accesso	Ritorno	p-value
F80-89 Neurosviluppo	17.4%	14.9%	p = 0.487

Tabella IX: Confronto tra primo accesso e ritorno.

6.2.3.2 Ideazione anticonservativa e comportamenti autolesivi (NSSI)

L'indagine relativa al rischio suicidario evidenzia una forte associazione statistica tra l'Ideazione Anti-Conservativa (IAC) e la successiva messa in atto di un Tentativo di Suicidio (TS). Nello specifico, il 51.7% dei pazienti che presentano IAC ha compiuto un atto anticonservativo, a fronte del 13.6% rilevato tra i soggetti privi di tale ideazione ($\chi^2 = 64.2, df = 1, p < 0.001$)

Per quanto riguarda i comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI), l'analisi documenta una prevalenza significativamente maggiore nella componente femminile del campione, attestandosi all'88.8% (n=302) contro il 55.3% (n=42) della componente maschile ($\chi^2 = 48.8, df = 1, p < 0.001$). La presenza di condotte autolesive risulta inoltre associata in misura statisticamente significativa a Tratti Personologici e della Condotta (F60-F69) ($\chi^2 = 10.1, df = 1, p = 0.002$).

L'incrocio tra l'utilizzo della modalità mista e la messa in atto di un TS non ha prodotto risultati statisticamente significativi ($\chi^2 = 0.92, df = 1, p = 0.337$); così come la semplice presenza di NSSI ($\chi^2 = 0.28, df = 1, p = 0.596$) o la presenza di una comorbidità psichiatrica ($\chi^2 = 2.88, df = 1, p = 0.090$)

Valutando i parametri di cronicità e gravità dell'autolesionismo, si osserva che un'alta frequenza degli atti (superiore a 5 episodi annui) è significativamente associata a una maggiore incidenza di TS ($\chi^2 = 4.04, df = 1, p = 0.04$). Al contrario un esordio precoce della condotta (antecedente ai 13 anni) non mostra associazioni di rilievo statistico né con l'aumento dei tentativi di suicidio ($\chi^2 = 0.09, df = 1, p = 0.758$) né con una maggiore presenza di comorbidità psichiatriche ($\chi^2 = 0.54, df = 1, p = 0.463$).

6.2.3.3 Fattori di vulnerabilità: eventi traumatici e abuso di sostanze

L'indagine anamnestica relativa all'esposizione a pregressi eventi traumatici rileva un'associazione statisticamente significativa con l'esordio precoce (antecedente ai

13 anni) dei comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI) ($\chi^2 = 11.9, df = 1, p = 0.006$): tale precocità è documentata in 54 pazienti su 111 con storia di trauma, rispetto a soli 18 casi su 76 nel gruppo non esposto. La presenza di traumi pregressi risulta inoltre significativamente associata a un maggior tasso di comorbidità psichiatrica nel campione in esame ($\chi^2 = 8.48, df = 1, p = 0.003$). Non si riscontrano associazioni di rilievo statistico invece tra l'anamnesi traumatica e la presenza di condotte NSSI ($\chi^2 = 0.044, df = 1, p = 0.833$), una frequenza ≥ 5 /anno di NSSI ($\chi^2 = 0.005, df = 1, p = 0.946$), l'incidenza di tentativi di suicidio ($\chi^2 = 1.21, df = 1, p = 0.271$) o il ritorno in urgenza ($\chi^2 = 2.07, df = 1, p = 0.149$).

Per quanto concerne la storia clinica positiva per abuso di sostanze, l'analisi bivariata evidenzia una marcata associazione con il fenomeno della cronicizzazione in urgenza: il 62.1% dei pazienti che fa uso di sostanze registra infatti almeno un ritorno in Pronto Soccorso, a fronte del 43.7% rilevato tra i soggetti privi di tale vulnerabilità ($\chi^2 = 10.98, df = 1, p = 0.001$). Non emerge invece alcuna variazione statisticamente significativa nell'incidenza dell'abuso di sostanze in relazione alle tre fasi epidemiologiche (Pre-COVID, COVID, Post-COVID) indagate ($\chi^2 = 3.8, df = 2, p = 0.150$).

Variabili Analizzate	Test Statistico	Risultato	p-value
IAC X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 64.2, df = 1$	< 0.001
NSSI X Genere	Chi-quadro	$\chi^2 = 48.8, df = 1$	< 0.001
NSSI X Trattamenti Personologici e Condotta	Chi-quadro	$\chi^2 = 10.1, df = 1$	0.002
NSSI X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.28, df = 1$	0.596
Early Onset NSSI X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.09, df = 1$	0.758
Comorbidità X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 2.88, df = 1$	0.090

Early Onset NSSI X Comorbidità	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.54, df = 1$	0.463
NSSI ≥ 5 /anno X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 4.04, df = 1$	0.04
Mixed NSSI X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.92, df = 1$	0.337
Eventi Traumatici X Comorbidità	Chi-quadro	$\chi^2 = 8.48, df = 1$	0.003
Eventi Traumatici X Early Onset NSSI	Chi-quadro	$\chi^2 = 11.9, df = 1$	0.006
Eventi Traumatici X NSSI	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.044, df = 1$	0.833
Eventi Traumatici X NSSI ≥ 5 /anno	Chi-quadro	$\chi^2 = 0.005, df = 1$	0.946
Eventi Traumatici X TS	Chi-quadro	$\chi^2 = 1.21, df = 1$	0.271
Eventi Traumatici X Ritorno	Chi-quadro	$\chi^2 = 2.07, df = 1$	0.149
Abuso di Sostanze X Ritorno	Chi-quadro	$\chi^2 = 10.98, df = 1$	0.001
Abuso di Sostanze X COVID	Chi-quadro	$\chi^2 = 3.8, df = 2$	0.150

Tabella X: Sintesi delle associazioni clinico-comportamentali, dello spettro autolesivo-suicidario e della traumatologia anamnestic.

6.2.4 Andamento dei ricoveri in base al periodo COVID

L'analisi degli esiti a seguito della valutazione neuropsichiatrica in Pronto Soccorso evidenzia un tasso di ricovero ospedaliero complessivo pari al 43.4% (n=222 su 511 accessi validi).

La stratificazione dei tassi di ospedalizzazione in relazione alle tre fasi epidemiologiche indagate documenta una fluttuazione statisticamente significativa ($\chi^2 = 8.46, df = 2, p = 0.015$). Nello specifico, durante il periodo COVID si è registrato il picco massimo di ospedalizzazione, con una percentuale di ricovero pari al 53.6% (n=60 su 112 accessi). Nel successivo periodo Post-COVID, a fronte di un drastico aumento dei volumi assoluti di presentazione in urgenza, la percentuale relativa ai ricoveri ha subito una flessione, assestandosi al 42.5%

(n=138 su 325 accessi), indicando una normalizzazione del tasso di ospedalizzazione.

7) DISCUSSIONE

7.1 INQUADRAMENTO DEL CAMPIONE

Il presente studio si è posto l'obiettivo primario di indagare il profilo clinico, epidemiologico e psicopatologico degli accessi effettuati in Pronto Soccorso dell'AOPD per autolesività e rischio suicidario in una popolazione di adolescenti (15-19 anni) e per i quali è stata richiesta una consulenza Neuropsichiatrica, nell'arco temporale dal 2019 al 2025. L'analisi descrittiva iniziale ha permesso di delineare un ritratto preciso del paziente che giunge in urgenza o emergenza, fornendo uno spaccato estremamente rappresentativo dell'attuale panorama emergenziale giovanile.

L'indagine sociodemografica ha evidenziato una preponderante rappresentanza del genere femminile, che costituisce quasi l'80% del campione totale. Questo risultato si allinea in modo del tutto coerente con la letteratura internazionale la quale documenta come, a partire dalla prima adolescenza, le ragazze presentino una vulnerabilità significativamente maggiore allo sviluppo di sintomatologia internalizzante, disturbi legati all'ansia e condotte autolesive non suicidarie rispetto ai coetanei maschi (29).

Allargando l'osservazione alla composizione del nucleo d'origine, la distribuzione relativa al numero di fratelli (con una prevalenza di pazienti con un solo fratello, seguiti da coloro che ne hanno due o più e, infine, dalla minoranza dei figli unici) rispecchia sostanzialmente le attuali dinamiche demografiche della popolazione generale. Tale sovrapponibilità suggerisce che l'assetto numerico della fratria non costituisca un elemento atipico rispetto ai coetanei sani.

Per quanto concerne invece la sfera relazionale extra-familiare, l'analisi descrittiva restituisce un quadro in cui la maggioranza dei pazienti (circa i due terzi) riferisce il mantenimento di una buona rete amicale al momento dell'accesso in Pronto Soccorso. Al contrario, le relazioni sentimentali attive risultano nettamente minoritarie, coinvolgendo poco più di un quarto del campione. Questa configurazione indica che, pur in presenza di una psicopatologia che culmina in una crisi acuta, l'inserimento nel gruppo dei pari viene frequentemente preservato, rappresentando un fisiologico bisogno evolutivo dell'età adolescenziale;

l'investimento in una relazione intima di coppia appare invece più limitato, un dato plausibilmente influenzato sia dalla giovane età del campione, sia dalle oggettive difficoltà di regolazione emotiva e relazionale che accompagnano le diagnosi di natura psichiatrica.

Analizzando il profilo psicopatologico, i dati restituiscono l'immagine di un'utenza ad alta complessità clinica. Oltre il 70% dei giovani giunti in urgenza presentava una comorbidità psichiatrica, dimostrando che il Pronto Soccorso non intercetta unicamente crisi isolate, ma si trova a gestire le riacutizzazioni di quadri clinici strutturati e complessi. La predominanza dei Disturbi dell'Umore e dei Disturbi d'Ansia, seguiti a breve distanza dai tratti personologici di tipo Borderline, si allinea con i riscontri della letteratura psichiatrica internazionale in merito alle popolazioni adolescenziali con condotte autolesive e anticonservative. Numerosi studi concordano infatti nell'identificare la depressione maggiore e l'esordio di tratti di personalità di tipo Borderline come il substrato psicopatologico primario dell'NSSI e del rischio suicidario giovanile, confermando come la labilità affettiva, il senso di vuoto e la disregolazione emotiva costituiscano i principali motori di questi agiti (28,30).

Questa vulnerabilità risulta ulteriormente esacerbata dall'elevata incidenza di pregressi eventi traumatici, riportati in più della metà del campione. Le attuali evidenze scientifiche, e in particolare gli studi internazionali sulle *Adverse Childhood Experiences* (ACEs), riconoscono il trauma come un importante fattore di rischio: l'esposizione precoce a eventi avversi altera le traiettorie del neurosviluppo, determinando profondi deficit nella mentalizzazione e nelle capacità di autoregolazione emotiva. A fronte di tale compromissione, l'autolesionismo interviene frequentemente come tentativo disfunzionale di modulare un dolore psicologico altrimenti intollerabile (40,41).

Allo stesso modo, l'importante prevalenza di disturbi del sonno (55.5%) e l'abuso di sostanze (30.5%) si inseriscono in questo quadro non come semplici sintomi accessori, ma come veri e propri catalizzatori del rischio di *acting out*. Per quanto riguarda il sonno, recenti indagini presenti in letteratura evidenziano come l'insonnia e le deprivazioni del riposo compromettano severamente le funzioni inibitorie della corteccia prefrontale, sbilanciando l'attività dell'amigdala e

aumentando drasticamente la reattività impulsiva dell'adolescente (31,32). L'abuso di sostanze, parallelamente, funge in molti casi da disfunzionale anestetico emotivo e da strategia di *coping* maladattivo che, abbattendo il controllo cognitivo e i freni inibitori, facilita pericolosamente il passaggio dall'ideazione anticonservativa al tentativo di suicidio vero e proprio (48).

La scarsa rilevazione di sintomi dispercettivi all'interno del campione in esame appare, in prima istanza, coerente con la letteratura tradizionale, che vede l'autolesionismo adolescenziale molto più frequentemente associato allo spettro affettivo piuttosto che a disturbi di natura francamente psicotica. Tuttavia, come suggerito dalle indagini sulle *Psychotic-Like Experiences* (PLEs) in adolescenza, è doveroso ipotizzare in questo dato l'influenza di un *bias* di sottostima intrinseco alla raccolta anamnestica (79). È infatti plausibile che il paziente adolescente, specialmente in un contesto concitato e in fase di acuzie come quello del Pronto Soccorso, tenda a omettere o minimizzare la presenza di allucinazioni o alterazioni ideative. Tale riserbo è spesso guidato dal profondo stigma associato alla patologia psichiatrica maggiore e dal timore di essere etichettato, il che potrebbe mascherare una quota di sintomatologia psicotica o dissociativa che sfugge all'osservazione in urgenza.

In merito alle dinamiche di presentazione in urgenza in base all'andamento pandemico, lo studio ha documentato un aumento della densità degli accessi nel periodo Post-COVID, suggerendo un effetto a lungo termine della pandemia sul benessere mentale giovanile, caratterizzato da un'onda lunga di disagio che è sfociata in un incremento delle richieste di aiuto in acuzie.

Particolarmente rilevante risulta l'analisi della distribuzione temporale legata al calendario accademico. L'evidenza di una maggiore incidenza giornaliera durante i mesi di frequenza scolastica rispetto ai periodi di vacanza supporta fortemente l'ipotesi che l'ambiente scolastico, con le sue intrinseche pressioni prestazionali e relazionali, agisca come un significativo *stressor* capace di precipitare le crisi. All'interno di questa cornice, assume un significato cruciale il picco di accessi registrato durante la fase di "Ripresa", ovvero nel delicato momento di transizione dai mesi estivi al rientro in classe. Tale dinamica trova solido riscontro nella letteratura psichiatrica internazionale, che descrive ampiamente il cosiddetto

School-Year Effect: il brusco passaggio da un ambiente destrutturato, protetto e a bassa richiesta performante (le vacanze) a un contesto caratterizzato da elevate aspettative accademiche e complesse dinamiche di accettazione nel gruppo dei pari agisce come un innesco acuto (*trigger*), slatentizzando crisi d'ansia, ideazione anticonservativa e condotte autolesive nei soggetti più fragili (44).

L'indagine sulla distribuzione oraria documenta una marcata concentrazione degli accessi nelle fasce del pomeriggio e della sera, un andamento temporale in perfetta aderenza con i principali riscontri epidemiologici internazionali. Questo picco pomeridiano-serale è interpretabile attraverso l'intersezione di fattori psicosociali e cronobiologici. Da un lato, il termine dell'orario delle lezioni coincide con il momento in cui viene meno la funzione contenitiva dell'istituzione scolastica, lasciando emergere bruscamente il carico di stress emotivo accumulato dal giovane durante la giornata; inoltre il rientro a domicilio e il ricongiungimento con i genitori possono esacerbare latenti dinamiche di conflittualità intrafamiliare. Dall'altro lato, sotto il profilo della cronobiologia della disregolazione emotiva, le ore serali si associano fisiologicamente a un progressivo esaurimento delle risorse attentive e di inibizione prefrontale (*ego depletion*); tale affaticamento cognitivo riduce drasticamente le capacità di autocontrollo dell'adolescente, rendendolo nettamente più esposto all'impulsività e all'incapacità di arginare l'urgenza dell'atto autolesivo (46,47).

L'esame dello spettro autolesivo e suicidario delinea un *continuum* clinico in cui la prevalenza del fenomeno si riduce proporzionalmente all'aumentare dell'intenzionalità letale e della gravità dell'atto. I dati descrittivi documentano infatti come i comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI) rappresentino la manifestazione di gran lunga più diffusa (rilevata in oltre l'80% dei casi), seguiti dall'Ideazione Anti-Conservativa (IAC), presente in circa il 60% dei pazienti, per giungere infine ai Tentativi di Suicidio (TS) concretamente messi in atto, che interessano poco meno del 37% della casistica. Questo andamento a cascata è perfettamente sovrapponibile ai riscontri della letteratura psichiatrica internazionale, la quale concorda nell'identificare l'NSSI come un fenomeno trasversale e ad altissima incidenza nella popolazione giovanile, rispetto al quale l'effettivo agito suicidario rappresenta un'evenienza clinica proporzionalmente più rara, ma che si colloca all'apice del medesimo spettro di sofferenza (14).

Entrando nel merito del fenomeno, il *cutting* si conferma in modo netto come la metodica autolesiva prevalente, scelta da oltre due terzi dei giovani: un dato che convalida la tendenza globale osservata nei reparti di Neuropsichiatria, dove il taglio cutaneo rappresenta il veicolo primario di esteriorizzazione del dolore mentale (21).

Un dato di particolare interesse è rappresentato dalla cadenza di tali condotte: in quasi tre quarti dei pazienti, la frequenza degli atti supera i cinque episodi annui. L'elevata ricorrenza assume un peso fondamentale, in quanto la soglia dei cinque episodi nell'ultimo anno costituisce il Criterio A proposto dalla Sezione III del DSM-5 per l'inquadramento del Disturbo da Autolesionismo Non Suicidario come entità diagnostica autonoma (15). Questa evidenza supporta il superamento della concezione tradizionale che rilegava l'NSSI a sintomo accessorio o secondario, conferendogli la dignità di un quadro clinico primario e strutturato.

Per quanto riguarda l'esordio della sintomatologia, il campione in analisi tende ad allinearsi alla letteratura internazionale che individua tipicamente il picco di insorgenza dell'NSSI nella primissima adolescenza, collocandolo in una finestra temporale compresa tra i 12 e i 14 anni (20).

7.2 RISULTATI PRINCIPALI

La prima fase dell'analisi ha tentato di esplorare gli sviluppi clinici in relazione alle coordinate temporali degli accessi. Il primo obiettivo è stato valutare l'impatto della pandemia da COVID-19 sulla proporzione di "Casi Complessi" giunti all'attenzione del Pronto Soccorso, ipotizzando un aggravamento della patologia psichiatrica nel periodo Post-COVID. I risultati statistici non hanno confermato l'ipotesi di partenza, evidenziando un valore ai limiti della significatività ($p = 0.061$). Questo dato merita un'attenta lettura epidemiologica. Se da un lato l'analisi descrittiva ha documentato un drastico aumento dei volumi assoluti di accesso nel Post-COVID, confermando una sorta di pandemia secondaria, dall'altro la proporzione relativa dei casi ad alta complessità (caratterizzati da comorbidità, tentativi di suicidio o *revolving door*) si è mantenuta statisticamente stabile rispetto ai periodi precedenti. Questa stabilità si può spiegare tramite il seguente fenomeno: lo stress pandemico ha generato una massiccia richiesta di aiuto in urgenza che ha coinvolto l'intera popolazione giovanile, portando in Pronto Soccorso non solo i pazienti con

patologie croniche severe che si sono scompensati, ma anche una vasta coorte di adolescenti all'esordio (Primo Accesso), giunti per crisi d'ansia acute, disturbi dell'adattamento o ideazione suicidaria reattiva al contesto di isolamento (80). L'esplosione numerica di queste presentazioni classificate al Triage con un basso grado di severità ha fatto sì che l'incremento assoluto dei casi complessi venisse bilanciato da un parallelo incremento di casi all'esordio, mantenendo inalterati gli equilibri percentuali tra le tre fasi pandemiche indagate.

Un secondo nucleo di indagine ha riguardato la distribuzione stagionale degli accessi e l'eventuale interazione con il genere del paziente. In sede di ipotesi si era postulato che le ragazze potessero registrare un picco di presentazioni marcatamente superiore rispetto ai ragazzi in concomitanza con la ripresa del calendario scolastico, in virtù di una supposta maggiore vulnerabilità all'ansia prestazionale e relazionale. L'analisi bivariata ha tuttavia smentito tale differenza di genere ($p = 0.576$), dimostrando che le fluttuazioni stagionali si distribuiscono in modo proporzionalmente sovrapponibile tra maschi e femmine. Questo risultato non inficia la validità del cosiddetto *School-Year Effect* descritto nella prima parte della discussione, ma ne amplia la portata: lo stress legato all'ambiente accademico, il rientro in contesti altamente competitivi e le complesse dinamiche di accettazione all'interno del gruppo dei pari (incluso il fenomeno del bullismo) agiscono come *trigger* universali, indipendentemente dal genere.

Infine l'analisi ha esplorato la dimensione cronobiologica dell'urgenza, incrociando l'arrivo notturno in Pronto Soccorso con la presenza anamnestica di disturbi del sonno. L'intento era testare sul campione il recente modello teorico della *Mind after Midnight*, il quale postula che lo stato di veglia prolungata durante la notte abbassi drasticamente i livelli inibitori prefrontali, fungendo da catalizzatore per gli agiti suicidari (32). L'assenza di un'associazione statisticamente significativa ($p = 0.453$) può essere legata alla difficoltà della raccolta della variabile anamnestica "Disturbi del Sonno": quest'ultima rileva la presenza di un'insonnia cronica, la quale genera un progressivo esaurimento psicofisico e una disregolazione emotiva che possono precipitare in un agito autolesivo in qualsiasi momento della giornata (non solo durante l'orario serale dunque). Oltre a ciò il modello della *Mind after Midnight* si riferisce a un'alterazione acuta (essere svegli e disregolati in quel preciso istante notturno), che non necessariamente presuppone una pregressa diagnosi formale di

disturbo del sonno. Non bisogna trascurare infine i fattori logistici inerenti al *setting* dell'emergenza: l'orario di registrazione del Triage notturno riflette spesso il momento del ritrovamento del paziente da parte dei genitori o il culmine di complesse dinamiche relazionali serali, scostandosi temporalmente dall'effettivo esordio dell'ideazione suicidaria; ciò rende sfumata l'associazione diretta tra il disturbo del ritmo sonno-veglia e l'orario di accesso ospedaliero, poiché anche pazienti che non soffrono di insonnia si trovano ad effettuare l'accesso durante le ore notturne.

Spostando il focus dalle dinamiche cronobiologiche al contesto di vita dei pazienti, l'analisi ha studiato il peso delle variabili anagrafiche, scolastiche e relazionali. Proseguendo nell'indagine, l'attenzione si è focalizzata sulla valutazione dell'età al momento dell'accesso: l'ipotesi preliminare postulava una possibile differenza anagrafica tra i pazienti giunti per un Tentativo di Suicidio (TS) e quelli presentatisi per atti autolesivi non suicidari (NSSI), ipotizzando un esordio in urgenza più precoce per questi ultimi. L'analisi statistica non ha tuttavia rilevato differenze significative ($p = 0.203$), evidenziando un'età mediana pressoché sovrapponibile (attorno ai 17.5 anni) sia per il gruppo TS che per il gruppo NSSI, senza peraltro alcuna distinzione di genere. Sebbene la letteratura internazionale indichi chiaramente come l'esordio dell'NSSI avvenga fisiologicamente in una fase più precoce dello sviluppo (tipicamente tra i 12 e i 14 anni) rispetto ai comportamenti suicidari strutturati, il cui picco di incidenza si colloca nella media e tarda adolescenza (20); l'assenza di differenze anagrafiche nel nostro campione è con ogni probabilità imputabile a un fisiologico *bias* di selezione legato ai criteri di inclusione dello studio. Avendo infatti arruolato esclusivamente pazienti a partire dai 15 anni di età, l'indagine ha di fatto escluso la fascia anagrafica della prima adolescenza, la quale rappresenta proprio il bacino primario per l'esordio dell'autolesionismo non suicidario puro. L'esclusione di questa coorte più giovane ha generato un innalzamento dell'età media del gruppo NSSI all'interno del dataset, allineandola statisticamente a quella più tardiva del gruppo con tentativi di suicidio e riflettendo, di fatto, una popolazione clinica giunta in Pronto Soccorso quando entrambe le condotte risultano ormai sovrapposte e cronicizzate.

Interessante sotto il punto di vista sociologico risultano i dati inerenti al *dropout* scolastico. L'interruzione degli studi, che nel campione interessa un allarmante

19.4% dei casi, non ha mostrato associazioni significative con l'etnia del paziente ($p = 0.119$), allontanando l'ipotesi di un abbandono trainato da barriere socio-culturali o linguistiche. Al contrario, il *dropout* è emerso come un potente indicatore di una specifica deriva psicopatologica: si associa in modo altamente significativo a tratti personologici di tipo Borderline e Disturbi della Condotta ($p < 0.001$). Tale evidenza conferma i modelli psichiatrici secondo cui i tratti esternalizzanti, l'impulsività, l'instabilità relazionale e l'insofferenza alle regole (tipici dell'area Borderline e antisociale) costituiscono i principali ostacoli all'adattamento scolastico, esitando in un precoce fallimento del percorso formativo (81).

Risulta altrettanto affascinante in senso speculare, osservare quali patologie risultino invece significativamente associate al mantenimento della frequenza scolastica: i Disturbi d'Ansia ($p = 0.003$) e i Disturbi Alimentari ($p = 0.011$). Questo scenario delinea due profili di sofferenza con degli aspetti comuni: i pazienti con disturbi internalizzanti (ansia, perfezionismo, controllo patologico sulla propria vita) presentano un fenotipo caratterizzato da un iper-adattamento alle richieste ambientali; per questi giovani l'ambiente accademico funge da palcoscenico per le proprie prestazioni, mantenendoli all'interno del circuito scolastico ma sottoponendoli a un carico di stress che talvolta precipita in crisi acute (82). Infine, la maggiore prevalenza di diagnosi del Neurosviluppo (spettro autistico, ADHD, ritardo mentale) tra i frequentanti ($p = 0.037$) smentisce l'ipotesi iniziale e può essere interpretata come il riflesso del ruolo contenitivo della rete scolastica: la presenza di tutele (come i docenti di sostegno e i piani didattici personalizzati) garantisce a questi ragazzi una maggiore ritenzione nel sistema educativo, sebbene non li esoneri dal rischio di accessi in urgenza per scompensi.

Il successivo gruppo di analisi ha indagato l'impatto del contesto abitativo, confrontando i pazienti residenti nel nucleo familiare con quelli istituzionalizzati in comunità residenziali. L'ipotesi fondata sulla letteratura più recente (37), suggeriva che la provenienza comunitaria potesse rappresentare un fattore di rischio aggiuntivo, associandosi a tassi significativamente maggiori di comorbidità e di Tentativi di Suicidio (TS). I test statistici hanno tuttavia smentito questa assunzione: le percentuali di comorbidità ($p = 0.796$) e di TS ($p = 0.239$) non differiscono in misura significativa tra i due gruppi.

Questa assenza di significatività per l'incidenza dei tentativi di suicidio trova una chiave di lettura nell'osservazione diretta delle dinamiche di accesso di questi specifici pazienti. Come emergerà in modo più netto nelle successive analisi sulla reiterazione delle presentazioni in urgenza (*revolving door*), per i minori istituzionalizzati l'accesso in Pronto Soccorso assolve frequentemente a una funzione diversa rispetto a quella strettamente legata all'imminenza di un pericolo di vita. In molti casi l'agito o la verbalizzazione anticonservativa vengono effettuati dai pazienti comunitari con intenti preminentemente dimostrativi, regolatori o come vera e propria strategia di evasione dalle rigide regole e dalle dinamiche costrittive della struttura residenziale. Il Pronto Soccorso si trasforma così in una valvola di sfogo, un *setting* in cui ricercare una temporanea funzione calmante, l'ascolto da parte di uno specialista o l'allontanamento dalla comunità. Questa peculiare dinamica comportamentale genera un elevato volume di accessi ripetuti a bassa letalità, un fenomeno che inevitabilmente diluisce il tasso percentuale dei tentativi di suicidio reali all'interno del sottogruppo comunitario, allineandolo statisticamente a quello dei coetanei residenti in famiglia.

Per quanto riguarda la sovrapponibilità dei tassi di comorbidità, il dato può essere interpretato attraverso l'interazione di due fattori. In primo luogo occorre considerare un fisiologico effetto tetto (*ceiling effect*) intrinseco al campione: la prevalenza di comorbidità nel campione è talmente elevata (superiore al 70%) da rendere statisticamente complesso il riscontro di un ulteriore e significativo divario nel gruppo comunitario. In secondo luogo è doveroso ipotizzare un limite metodologico legato alla codifica in urgenza: a fronte di accessi plurimi, reiterati e a chiara matrice evasiva, l'iter anamnestico in Pronto Soccorso tende fisiologicamente a focalizzarsi sulla rapida risoluzione della crisi acuta e sul contenimento, piuttosto che su un re-inquadramento diagnostico profondo, portando a una potenziale sottostima delle diagnosi in comorbidità registrate a referto.

L'indagine ha infine esplorato l'ambito del supporto extra-familiare, portando alla luce il dato forse più interessante e controintuitivo dell'intero studio. Mentre la presenza di una relazione sentimentale attiva non influenza significativamente la probabilità di nuovi accessi ($p = 0.607$), l'avere una "Buona Rete Amicale" risulta statisticamente associato a un incremento del tasso di ritorno in urgenza (52.2% vs

37.4%, $p = 0.013$). Questo risultato sembra validare sul nostro campione il fenomeno del *Peer Contagion* (contagio sociale) (39). Sebbene la sociologia tradizionale consideri l'integrazione tra i pari un fattore protettivo universale, nella psicopatologia adolescenziale, e in particolare nell'ambito dell'autolesionismo, il gruppo può trasformarsi in una pericolosa cassa di risonanza. L'inclusione in reti sociali in cui il dolore mentale viene normalizzato e l'agito autolesivo viene condiviso o emulato fornisce all'adolescente modelli di *coping* disfunzionali. In questo senso, le vulnerabilità si alimentano e rinforzano all'interno del gruppo, sdoganando la ripetizione dell'atto e ciò può provocare l'aumento dei tassi di cronicizzazione per chi possiede tali legami amicali.

La seguente sezione di analisi si è concentrata sulle dimensioni cliniche e comportamentali, con l'obiettivo di tracciare l'identikit dei pazienti a maggior rischio di cronicizzazione e di esplorare le complesse interconnessioni tra ideazione anticonservativa, agiti autolesivi e fattori di vulnerabilità anamnestica come i traumi e l'abuso di sostanze.

La stratificazione del campione tra primi accessi e pazienti con ritorni multipli ha permesso di delineare con precisione il fenotipo clinico del *frequent flyer* in urgenza neuropsichiatrica. Come ipotizzato i pazienti con numerosi accessi presentano un quadro psicopatologico significativamente più compromesso, caratterizzato da un maggior tasso di comorbidità psichiatrica ($p = 0.002$) e da una associazione con l'istituzionalizzazione in comunità ($p = 0.006$), dato che convalida l'osservazione precedente sul ruolo evasivo o contenitivo dell'accesso ospedaliero per i minori istituzionalizzati. Sotto il profilo diagnostico, la reiterazione degli accessi si associa in modo altamente significativo ai tratti personologici di tipo Borderline ($p < 0.001$), ai Disturbi dell'Umore ($p = 0.001$) e ai Disturbi Alimentari ($p = 0.004$), come da letteratura (83). Questa triade diagnostica descrive pazienti dominati da grave disregolazione emotiva, intolleranza alla frustrazione e impulsività.

Estremamente interessante è l'analisi dei dati non significativi all'interno di questo confronto: non è emersa alcuna differenza statistica nell'incidenza dei Tentativi di Suicidio tra primi accessi e ritorni ($p = 0.668$). Questo risultato, all'apparenza paradossale, è in realtà cruciale per comprendere la natura del *revolving door* adolescenziale. Esso dimostra che la cronicizzazione in Pronto Soccorso non è

guidata da una continua reiterazione di atti ad alta letalità (i quali spesso esitano in ricoveri prolungati o in un rapido indirizzamento verso percorsi residenziali intensivi), ma piuttosto dal fallimento delle strategie ambulatoriali nel contenere le crisi minori: attacchi d'ansia severi, agiti NSSI a fine regolatorio, o scompensi comportamentali acuti. Il ritorno in urgenza dunque, è il sintomo di una disfunzione sistemica del *coping* e della rete territoriale, più che un marcatore di un rischio suicidario imminente e reiterato.

L'esplorazione del rischio suicidario ha confermato una forte associazione predittiva tra la presenza di Ideazione Anti-Conservativa (IAC) e l'effettivo Tentativo di Suicidio ($p < 0.001$). Questo dato supporta la validità clinica dei modelli teorici "Ideation-to-Action", come la *Three-Step Theory* (25), i quali sottolineano come l'ideazione strutturata sia il prerequisito fondamentale (seppur non l'unico) per il passaggio all'atto.

Per quanto riguarda i comportamenti autolesivi non suicidari (NSSI), l'analisi ha confermato la netta prevalenza nel sesso femminile ($p < 0.001$) (29) e l'associazione con i tratti patologici della personalità ($p = 0.002$) (28). Tuttavia il dato di maggior rilievo deriva dai test sulle associazioni con il Tentativo di Suicidio. La semplice presenza di NSSI non si è rivelata associata a un maggior rischio di TS ($p = 0.596$), così come non lo è risultata l'adozione di una modalità mista di autolesionismo ($p = 0.337$), anche se per quest'ultimo il campione era esiguo per un'analisi che potesse confermare la letteratura (21). Al contrario, un'elevata frequenza degli atti (> 5 episodi annui) si è dimostrata significativamente correlata a una maggiore incidenza di TS ($p = 0.04$).

Questa precisa discrepanza statistica valida la *Interpersonal Theory of Suicide* di Thomas Joiner (25): secondo tale teoria il desiderio di morire non è sufficiente per compiere un gesto letale, ma è necessaria una capacità acquisita; L'NSSI sporadico rimane un meccanismo di regolazione emotiva confinato alla gestione del dolore interno (ragione per cui la sola presenza non predice il TS), quando però il NSSI diventa frequente e cronico (> 5 /anno), l'adolescente va incontro a una progressiva abitudine al dolore fisico e a una desensibilizzazione verso la paura di farsi del male. È questa assuefazione al danno tissutale, costruita nel tempo attraverso la ripetizione dell'atto, ad abbassare la soglia di inibizione, rendendo il paziente capace

di concretizzare il TS. L'età di esordio precoce (<13 anni), anch'essa non associata direttamente al TS ($p = 0.758$), conferma ulteriormente come sia la dose (frequenza) e non la tempestività dell'esordio a fornire gli strumenti per superare l'istinto di sopravvivenza.

Infine lo studio ha indagato il peso delle vulnerabilità in anamnesi. L'esposizione a pregressi eventi traumatici ha mostrato una correlazione altamente significativa con l'esordio precoce dell'NSSI (<13 anni, $p = 0.006$) e con un maggior carico di comorbidità psichiatrica ($p = 0.003$). Questo dato è in perfetto accordo con la letteratura sulle *Adverse Childhood Experiences* (ACEs), che identifica nel trauma precoce un fattore di profonda alterazione delle traiettorie del neurosviluppo, capace di esitare in una disregolazione emotiva infantile che trova nell'autolesionismo precoce la sua prima, disfunzionale forma di espressione (40). Tuttavia il trauma non è risultato associato né al TS ($p = 0.271$), né alla frequenza dell'NSSI, né al rischio di ritorni in urgenza. Questa assenza di associazione diretta si potrebbe spiegare considerando il trauma come un fattore di rischio distale: esso crea il substrato di vulnerabilità e innesca la psicopatologia in epoca precoce, ma non funge sempre da precipitante prossimale per la crisi acuta in adolescenza. Durante la raccolta anamnestica, soprattutto in un *setting* come quello del Pronto Soccorso, potrebbero venire ignorati avvenimenti intercorsi tempo addietro, concentrandosi sulle cause scatenanti la crisi.

A determinare l'accesso in urgenza o il tentativo di suicidio intervengono altri fattori scatenanti tra i quali spicca l'abuso di sostanze, che ha rivelato una marcata e significativa associazione con la cronicizzazione in urgenza (*revolving door*, $p = 0.001$). Nei pazienti che ricorrono alle sostanze come automedicazione emotiva, la cronica alterazione dei freni inibitori corticali compromette sistematicamente i tentativi di presa in carico ambulatoriale, esitando in repentine fluttuazioni dell'umore, aggressività o *acting out* che rendono inevitabile il frequente ricorso al Pronto Soccorso (48). L'ipotesi che la pandemia da COVID-19 avesse incrementato il ricorso alle sostanze non è stata confermata dai dati ($p = 0.150$). Questo risultato può essere giustificato dall'interazione di due complessi fattori psicosociali: in primo luogo, sebbene la pandemia abbia stravolto il macro-ambiente sociale, i determinanti primari dell'abuso di sostanze in adolescenza risiedono nel micro-ambiente (disfunzionalità familiare, povertà educativa, esposizione a traumi

domestici) (84); tali contesti di vulnerabilità strutturale, così come gli assetti familiari protettivi, sono rimasti sostanzialmente invariati, mantenendo costante la loro spinta patogena durante tutte le fasi epidemiologiche. In secondo luogo, la letteratura evidenzia come durante l'emergenza sanitaria si siano scontrate due dinamiche contrapposte che hanno concorso ad annullare le differenze tra periodi: da un lato, l'aumento del disagio psicologico ha esacerbato il bisogno di ricorrere alle sostanze come strategia di *coping* disfunzionale; dall'altro, le misure di confinamento e la convivenza genitoriale forzata hanno drasticamente ridotto l'accessibilità logistica alle sostanze e azzerato le dinamiche di gruppo che tipicamente fungono da fattore scatenante per il consumo giovanile.

L'ultimo obiettivo dello studio ha riguardato l'analisi degli esiti della presa in carico neuropsichiatrica, valutando le fluttuazioni dei tassi di ricovero ospedaliero in relazione alle tre fasi pandemiche indagate. I risultati hanno confermato l'ipotesi di partenza, documentando una variazione statisticamente significativa ($p = 0.015$) della proporzione dei ricoveri.

Analizzando il dato nel dettaglio, emerge come durante l'emergenza COVID-19 si sia registrato il picco massimo di ospedalizzazione, con una percentuale di ricovero pari al 53.6% degli accessi. Questo dato riflette una dinamica documentata nella letteratura medica relativa ai periodi di *lockdown* (85). Le rigide restrizioni alla mobilità, unite al diffuso e giustificato timore di esposizione al contagio in ambiente nosocomiale, hanno innalzato mediamente la soglia di gravità per un 'accesso al Pronto Soccorso. Di conseguenza, i pazienti che giungevano all'attenzione dello specialista in quella specifica finestra temporale presentavano quadri psicopatologici di maggior importanza clinica, non differibili a un contenimento domiciliare e i quali rendevano l'ospedalizzazione una scelta terapeutica obbligata. Tale fenomeno, pur a fronte di volumi assoluti di accesso inferiori, ha generato una fortissima pressione sui reparti di degenza psichiatrica, contribuendo a una rapida saturazione dei posti letto.

Il dato relativo al periodo Post-COVID è importante per comprendere l'evoluzione dell'attuale crisi neuropsichiatrica giovanile. A fronte di un drastico aumento dei volumi assoluti di presentazione in urgenza documentato nell'analisi descrittiva, la percentuale relativa ai ricoveri ha subito una leggera flessione, assestandosi al

42.5%. Questa normalizzazione del tasso di ospedalizzazione, che si allinea alla media complessiva del campione (43.4%), può essere spiegata dal fatto che nel Post-COVID, con il decadimento delle restrizioni sanitarie, il Pronto Soccorso è tornato a essere pienamente accessibile, venendo investito da un'onda di disagio giovanile (52). Una quota di queste nuove richieste d'aiuto, pur necessitando di un tempestivo intervento in urgenza per la gestione della crisi acuta (attacchi di panico severi, ideazione anticonservativa reattiva a stressor ambientali, autolesionismo a fine regolatorio), presentava indicatori di rischio a breve termine che ne consentivano una gestione ambulatoriale post-dimissione. L'emergenza si è dunque spostata dal rischio imminente di morte (che richiedeva il ricovero) all'incapacità di gestire la sofferenza emotiva: un volume enorme di pazienti ha cercato nel Pronto Soccorso una funzione di contenimento immediato, per poi poter essere affidato in sicurezza alla presa in carico della rete territoriale, saturando così le agende dei pochi specialisti territoriali attivi nella provincia di Padova.

7.3 LIMITI DELLO STUDIO

Il presente studio presenta alcuni limiti metodologici e operativi che devono essere tenuti in considerazione nell'interpretazione dei risultati.

In primo luogo, trattandosi di uno studio osservazionale retrospettivo, l'indagine consente esclusivamente di rilevare associazioni statistiche tra le variabili, non permettendo di stabilire con certezza rapporti di causa-effetto o di determinare in che modo tali vulnerabilità influenzino l'evoluzione clinica dei pazienti nel lungo termine. Inoltre la ricerca è monocentrica, essendo basata esclusivamente sull'utenza afferente al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedale-Università di Padova; potrebbe essere utile in futuro ampliare il campione includendo altri reparti di Urgenza e strutture neuropsichiatriche per verificare la replicabilità dei risultati in contesti differenti.

Un secondo limite intrinseco riguarda la modalità di selezione del campione. L'arruolamento si è basato sui codici e sulle diciture del Triage infermieristico (come "violenza verso sé stessi" o "intossicazione"). Questo approccio, pur essendo il più rigoroso per le ricerche a database, potrebbe aver escluso una quota di pazienti che, pur avendo compiuto atti autolesivi, sono stati registrati sotto motivazioni di accesso differenti o generiche (ad esempio "traumatismi accidentali"), portando a

una possibile sottostima dell'incidenza reale del fenomeno all'interno del Pronto Soccorso.

La natura retrospettiva della raccolta ha comportato specifiche criticità anche nel reperimento delle informazioni anamnestiche, in particolar modo per gli accessi relativi al periodo compreso tra il 2019 e il 2022.

A questo ostacolo si aggiunge un limite di natura organizzativa legato all'evoluzione storica dei servizi ospedalieri: prima che l'Azienda Ospedale-Università di Padova istituisse un servizio di guardia neuropsichiatrica infantile dedicato nel 2022, le consulenze in regime di emergenza durante le fasce orarie notturne venivano frequentemente demandate al medico della Psichiatria degli adulti. Questo passaggio si riflette in una marcata disomogeneità nella documentazione clinica, poiché lo schema di raccolta anamnestica tipico dell'adulto risulta strutturalmente diverso, spesso più sintetico e privo di quei dettagli essenziali per un inquadramento esaustivo dell'adolescente.

Un'ulteriore limitazione metodologica riguarda l'analisi delle fluttuazioni temporali legate alla pandemia. Le tre fasi epidemiologiche confrontate (Pre-COVID, COVID e Post-COVID) coprono infatti intervalli temporali di durata profondamente disomogenea, con il periodo Post-COVID nettamente più rappresentato rispetto agli anni precedenti. Sebbene si sia tentato di correggere questo *bias* normalizzando le frequenze attraverso il calcolo degli accessi medi giornalieri, la diversa ampiezza dei periodi di osservazione potrebbe aver comunque influenzato il potere statistico dei confronti.

Sul versante diagnostico lo studio ha dovuto scontrarsi con i limiti fisiologici del *setting* di emergenza. In Pronto Soccorso l'attenzione clinica è primariamente rivolta alla stabilizzazione dell'acuzie e alla gestione del rischio imminente, piuttosto che all'approfondimento diagnostico. Per questo motivo nei referti veniva spesso tralasciata una rigida demarcazione tra diagnosi primaria e secondaria, elencando piuttosto un insieme di comorbidità. Di conseguenza il presente studio non ha potuto utilizzare la differenziazione gerarchica tra patologia principale e patologie accessorie, valutando i disturbi psichiatrici come entità co-presenti all'interno dello stesso quadro clinico.

Nonostante tali limiti, lo studio offre una fotografia dettagliata e rappresentativa dell'emergenza neuropsichiatrica attuale. Studi futuri, preferibilmente di natura prospettica, multicentrica e supportati da strumenti di valutazione standardizzati, potranno superare queste criticità metodologiche, permettendo di indagare in modo ancora più preciso i fattori mediatori che guidano le traiettorie dell'autolesionismo giovanile in urgenza.

8) CONCLUSIONI

Il presente studio ha esaminato il profilo clinico, epidemiologico e socio-ambientale degli accessi in urgenza per autolesionismo e rischio suicidario in un campione di adolescenti (15-19 anni) afferenti al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedale-Università di Padova nel periodo compreso tra il 2019 e il 2025. Attraverso un'analisi integrata delle variabili demografiche, psicopatologiche e temporali, la ricerca si è posta l'obiettivo di tracciare le traiettorie del disagio neuropsichiatrico giovanile, validando sul nostro campione le principali teorie eziopatogenetiche internazionali. Il fine ultimo è stato quello di fornire degli spunti per il miglioramento della gestione di questo tipo di pazienti sia nella fase acuta in emergenza, che nella fase di stabilizzazione affidata al territorio.

L'analisi descrittiva e quella bivariata hanno delineato l'identikit di una popolazione ad alta complessità clinica, caratterizzata da una netta preponderanza femminile e da tassi elevatissimi di comorbidità, in cui i Disturbi dell'Umore, d'Ansia e i tratti personologici di tipo Borderline costituiscono le diagnosi più frequenti. È emerso con chiarezza come il contesto socio-ambientale giochi un ruolo preponderante nell'innescare o nel cronicizzare le crisi. Da un lato, le dinamiche temporali hanno validato il cosiddetto *School-Year Effect* (44), confermando come lo stress e le pressioni legate all'ambiente accademico agiscano da potenti fattori precipitanti, concentrando gli accessi durante i mesi di frequenza e in particolar modo durante la delicata fase di ripresa scolastica. A questo si aggiunge il fenomeno del *dropout*, rivelatosi un forte marcatore di vulnerabilità per i fenotipi esternalizzanti e oppositivi, in netta contrapposizione ai disturbi internalizzanti, i quali mantengono invece i giovani ancorati al sistema educativo fino all'inevitabile esaurimento delle risorse di adattamento.

Un dato di interesse di tipo sociologico è scaturito dall'analisi della rete relazionale: contrariamente alla visione tradizionale che inquadra l'inclusione sociale come un fattore protettivo, lo studio sembra dimostrare che l'inserimento in una "Buona Rete Amicale" si associ a un incremento significativo dei ritorni in urgenza. Questa evidenza validerebbe l'ipotesi relativa al *Peer Contagion* (39), suggerendo che, in sottogruppi di adolescenti altamente disregolati, il gruppo dei pari possa fungere da

pericolosa cassa di risonanza per la normalizzazione e l'emulazione del dolore mentale e dell'agito autolesivo.

Sul piano operativo le dinamiche relative all'impatto del calendario scolastico e al fenomeno del *Peer Contagion* consigliano un ripensamento degli interventi preventivi come l'implementazione programmi di supporto psicologico direttamente all'interno degli istituti scolastici, con un'intensificazione strategica durante le delicate fasi di ripresa accademica. Si rende inoltre fondamentale promuovere interventi di psicoeducazione specifici per disinnescare i processi di co-ruminazione all'interno dei gruppi dei pari, trasformando la rete relazionale da potenziale veicolo del disagio a reale fattore protettivo.

Sotto il profilo strettamente psicopatologico, l'indagine ha permesso di confermare l'esistenza di un *continuum* di gravità all'interno dello spettro autolesivo. Sebbene l'Autolesionismo Non Suicidario (NSSI), attuato soprattutto tramite *cutting*, rappresenti un meccanismo di regolazione emotiva quasi ubiquitario nel campione, la ricerca ha dimostrato come la sua cronicizzazione costituisca un campanello d'allarme imprescindibile. In accordo con la Teoria Interpersonale del Suicidio di Joiner (25), si è osservato che un'elevata frequenza degli atti (superiore a cinque episodi annui) si associa a un incremento significativo dell'incidenza dei tentativi di suicidio, indicando come l'assuefazione al dolore fisico fornisca all'adolescente la desensibilizzazione necessaria per compiere un agito letale.

Sul piano preventivo tale evidenza porta ad adottare modelli di presa in carico stratificati in base al rischio, strutturando protocolli di monitoraggio in grado di bloccare tempestivamente gli adolescenti che presentano una marcata tendenza alla reiterazione dell'agito autolesivo. Identificare in fase precoce i ragazzi con una frequenza di condotte NSSI superiore alla soglia critica dei cinque episodi annui, potrebbe rappresentare uno snodo per la pratica neuropsichiatrica: un intervento mirato su questa specifica sottopopolazione permetterebbe infatti di interrompere il processo di tolleranza al dolore, disinnescando di fatto la pericolosa *escalation* verso un potenziale tentativo di suicidio.

L'analisi delle fluttuazioni legate alla pandemia da COVID-19 ha rivelato dinamiche di grande rilevanza epidemiologica. Mentre il periodo di emergenza sanitaria ha concentrato in Pronto Soccorso soprattutto i casi più severi, innalzando

i tassi di ricovero ospedaliero, la fase Post-COVID ha visto i servizi inondati da una sorta di pandemia secondaria di disregolazione giovanile, che ha gravato sia sulla struttura ospedaliera che su quella territoriale. In questo scenario il fenomeno del *revolving door* (la cronicizzazione degli accessi in urgenza) è emerso non tanto come marcatore di letalità imminente, quanto piuttosto come l'esito di un profondo fallimento del sistema. Soprattutto nei pazienti istituzionalizzati in comunità, o in coloro che presentano un concomitante abuso di sostanze e tratti personologici di tipo Borderline, il Pronto Soccorso è stato utilizzato sempre più spesso con finalità evasive o puramente contenitive.

Per far fronte a questo scenario potrebbe essere utile ripensare il ruolo dello specialista neuropsichiatra all'interno del contesto emergenziale. Il primo spunto è quello di estendere e consolidare la presenza di specialisti in Neuropsichiatria Infantile anche all'interno degli ospedali della rete SPOKE, superando l'attuale modello che delega frequentemente la gestione delle acuzie adolescenziali alla psichiatria dell'adulto, un *setting* non sempre idoneo a trattare le specificità dell'età evolutiva. Questa modifica organizzativa si lega strettamente ad un'ulteriore evidenza emersa dalla nostra analisi: il volume degli accessi tende a concentrarsi in modo statisticamente rilevante verso le fasce orarie pomeridiane e notturne. Poiché questi picchi di affluenza coincidono con la conclusione dell'orario di servizio dei medici di reparto, risulta vitale l'istituzione e il potenziamento di un servizio di guardia neuropsichiatrica attivo e dedicato proprio durante le ore più delicate e ad alto rischio della giornata.

In conclusione questa tesi evidenzia come il Pronto Soccorso abbia profondamente mutato il proprio ruolo nel corso del tempo. Da presidio deputato quasi esclusivamente alla salvaguardia del rischio di vita imminente, si è trasformato nell'epicentro e nella valvola di sfogo di un disagio giovanile pervasivo e spesso privo di adeguati filtri contenitivi. Tali evidenze sottolineano il bisogno di ripensare i modelli di cura, promuovendo il potenziamento delle reti territoriali, l'implementazione di interventi preventivi mirati all'interno dei contesti scolastici e la strutturazione di percorsi post-dimissione più solidi, al fine di intercettare precocemente i casi più complessi e drenare la pressione sul polo ospedaliero centrale. In parallelo, poiché il volume di questi accessi risulta in continuo e costante aumento, si rende indispensabile un adattamento culturale e formativo

all'interno della stessa medicina d'urgenza. Ad oggi viene richiesta ai medici di Pronto Soccorso una solida competenza clinica di base in ambito neuropsichiatrico, attraverso l'integrazione sistematica nella pratica clinica di strumenti di screening rapidi e validati, quali l'ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) e la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Tramite questa duplice azione, un efficace filtro territoriale da un lato e un'adeguata prontezza diagnostica e di stratificazione del rischio in urgenza dall'altro, si potrà gestire in modo sicuro, tempestivo e appropriato la crescente complessità di questi giovani pazienti.

.

9) BIBLIOGRAFIA

1. Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci.* giugno 2004;1021:77–85. doi:10.1196/annals.1308.009 PubMed PMID: 15251877.
2. Blakemore SJ, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annu Rev Psychol.* 2014;65:187–207. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115202 PubMed PMID: 24016274.
3. Inhelder, B., Piaget, J. *Dalla logica del fanciullo alla logica dell'adolescente.* Firenze: Giunti-Barbera; 1971.
4. Kiviruusu O, Huurre T, Aro H, Marttunen M, Haukkala A. Self-esteem growth trajectory from adolescence to mid-adulthood and its predictors in adolescence. *Adv Life Course Res.* marzo 2015;23:29–43. doi:10.1016/j.alcr.2014.12.003 PubMed PMID: 26047839.
5. Sturman DA, Moghaddam B. The Neurobiology of Adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neurosci Biobehav Rev.* agosto 2011;35(8):1704–12. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.04.003 PubMed PMID: 21527288; PubMed Central PMCID: PMC3222328.
6. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci.* marzo 2008;1124:111–26. doi:10.1196/annals.1440.010 PubMed PMID: 18400927; PubMed Central PMCID: PMC2475802.
7. Steinberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Dev Rev.* marzo 2008;28(1):78–106. doi:10.1016/j.dr.2007.08.002 PubMed PMID: 18509515; PubMed Central PMCID: PMC2396566.
8. Pandey GN, Dwivedi Y. Neurobiology of Teenage Suicide. In: Dwivedi Y, curatore. *The Neurobiological Basis of Suicide* [Internet]. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012 [citato 23 aprile 2026]. (Frontiers in Neuroscience). Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107192/> PubMed PMID: 23035280.
9. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci.* dicembre 2008;9(12):947–57. doi:10.1038/nrn2513 PubMed PMID: 19002191; PubMed Central PMCID: PMC2762785.
10. Dahl RE. Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Ann N Y Acad Sci.* giugno 2004;1021:1–22. doi:10.1196/annals.1308.001 PubMed PMID: 15251869.
11. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet.* 22 ottobre 2011;378(9801):1515–25. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1 PubMed PMID: 22008427.

12. Mental health of adolescents [Internet]. [citato 24 aprile 2026]. Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
13. UNICEF, curatore. On my mind: promoting, protecting and caring for children's mental health. New York, NY: UNICEF; 2021. 259 p. (The state of the world's children; fasc. 2021).
14. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 19 novembre 2019;16(22):4581. doi:10.3390/ijerph16224581 PubMed PMID: 31752375; PubMed Central PMCID: PMC6888476.
15. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:31. doi:10.1186/s13034-015-0062-7 PubMed PMID: 26417387; PubMed Central PMCID: PMC4584484.
16. Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 1 aprile 2009;18(2):78–83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x PubMed PMID: 20161092; PubMed Central PMCID: PMC2744421.
17. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. giugno 2014;44(3):273–303. doi:10.1111/sltb.12070 PubMed PMID: 24422986.
18. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. ottobre 2004;72(5):885–90. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885 PubMed PMID: 15482046.
19. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. marzo 2007;27(2):226–39. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002 PubMed PMID: 17014942.
20. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2:2. doi:10.1186/s40479-014-0024-3 PubMed PMID: 26401305; PubMed Central PMCID: PMC4579518.
21. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. giugno 2012;42(3):266–78. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x PubMed PMID: 22435988.
22. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. giugno 2014;34(4):282–97. doi:10.1016/j.cpr.2014.03.005 PubMed PMID: 24742496.

23. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 19 marzo 2016;387(10024):1227–39. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2 PubMed PMID: 26385066; PubMed Central PMCID: PMC5319859.
24. Sarkhel S, Vijayakumar V, Vijayakumar L. Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour. *Indian J Psychiatry*. febbraio 2023;65(2):124–30. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22 PubMed PMID: 37063624; PubMed Central PMCID: PMC10096207.
25. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. aprile 2010;117(2):575–600. doi:10.1037/a0018697 PubMed PMID: 20438238; PubMed Central PMCID: PMC3130348.
26. Grandclerc S, Labrouhe DD, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLOS ONE*. 18 aprile 2016;11(4):e0153760. doi:10.1371/journal.pone.0153760
27. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. febbraio 2013;122(1):231–7. doi:10.1037/a0030278 PubMed PMID: 23067259.
28. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*. aprile 2008;37(2):363–75. doi:10.1080/15374410801955771 PubMed PMID: 18470773.
29. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. marzo 2019;64(2):265–83. doi:10.1007/s00038-018-1196-1 PubMed PMID: 30635683; PubMed Central PMCID: PMC6439147.
30. Başgöze Z, Wiglesworth A, Carosella KA, Klimes-Dougan B, Cullen KR. Depression, Non-Suicidal Self-Injury, and Suicidality in Adolescents: Common and Distinct Precursors, Correlates, and Outcomes. *J Psychiatr Brain Sci*. 2021;6(5):e210018. doi:10.20900/jpbs.20210018 PubMed PMID: 34734122; PubMed Central PMCID: PMC8562706.
31. Bauducco SV, Tilton-Weaver L, Gradisar M, Hysing M, Latina D. Sleep trajectories and frequency of non-suicidal self-injury in adolescents: a person-oriented perspective over two years. *Sci Rep*. 11 gennaio 2025;15(1):1734. doi:10.1038/s41598-025-85779-5 PubMed PMID: 39799231; PubMed Central PMCID: PMC11724866.
32. Tubbs AS, Fernandez FX, Grandner MA, Perlis ML, Klernan EB. The Mind After Midnight: Nocturnal Wakefulness, Behavioral Dysregulation, and Psychopathology. *Front Netw Physiol*. 2022;1:830338.

doi:10.3389/fnetp.2021.830338 PubMed PMID: 35538929; PubMed Central PMCID: PMC9083440.

33. Hielscher E, DeVlyder J, Hasking P, Connell M, Martin G, Scott JG. Mediators of the association between psychotic experiences and future non-suicidal self-injury and suicide attempts: results from a three-wave, prospective adolescent cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. settembre 2021;30(9):1351–65. doi:10.1007/s00787-020-01593-6 PubMed PMID: 32712716.
34. Pennsylvania State University, University Park, PA, USA, Amato PR. The Consequences of Divorce for Adults and Children: An Update. *Drustvena istrazivanja*. 1 marzo 2014;23(1):5–24. doi:10.5559/di.23.1.01
35. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Villar-Cabeza F, Vila-Grifoll M, Palao-Vidal D. Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 11 agosto 2022;19(16):9892. doi:10.3390/ijerph19169892 PubMed PMID: 36011528; PubMed Central PMCID: PMC9408664.
36. Keeton CP, Teetsel RN, Dull NMS, Ginsburg GS. Parent Psychopathology and Children's Psychological Health: Moderation by Sibling Relationship Dimensions. *J Abnorm Child Psychol*. ottobre 2015;43(7):1333–42. doi:10.1007/s10802-015-0013-z PubMed PMID: 25896728; PubMed Central PMCID: PMC6013740.
37. Rouski C, Knowles SF, Sellwood W, Hodge S. The quest for genuine care: A qualitative study of the experiences of young people who self-harm in residential care. *Clin Child Psychol Psychiatry*. aprile 2021;26(2):418–29. doi:10.1177/1359104520980037 PubMed PMID: 33307756; PubMed Central PMCID: PMC8041438.
38. Liu J, Liu X, Wang H, Gao Y. Friend support buffers the relationship between maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescence. *Suicide Life Threat Behav*. agosto 2022;52(4):802–11. doi:10.1111/sltb.12864 PubMed PMID: 35352850.
39. Giletta M, Burk WJ, Scholte RHJ, Engels RCME, Prinstein MJ. Direct and Indirect Peer Socialization of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury. *J Res Adolesc*. 1 settembre 2013;23(3):450–63. doi:10.1111/jora.12036 PubMed PMID: 26412955; PubMed Central PMCID: PMC4583102.
40. Tyrka AR, Burgers DE, Philip NS, Price LH, Carpenter LL. The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand*. dicembre 2013;128(6):434–47. doi:10.1111/acps.12143 PubMed PMID: 23662634; PubMed Central PMCID: PMC4467688.
41. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*

- Psychiatry. gennaio 2018;5(1):51–64. doi:10.1016/S2215-0366(17)30469-8 PubMed PMID: 29196062; PubMed Central PMCID: PMC5743605.
42. Bezie A, Yohannes L, Asrat A, Tagesse Sergindo M, Begna B, Keleb A. The association between bullying victimization and suicidal ideation among students in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 9 settembre 2025;13:1556211. doi:10.3389/fpubh.2025.1556211
 43. Marraccini ME, Brier ZMF. School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *Sch Psychol Q*. marzo 2017;32(1):5–21. doi:10.1037/spq0000192 PubMed PMID: 28080099; PubMed Central PMCID: PMC5359058.
 44. Su MK, Chan PY, Hoffman RS. The seasonality of suicide attempts: a single poison control center perspective. *Clin Toxicol (Phila)*. novembre 2020;58(11):1034–41. doi:10.1080/15563650.2020.1733591 PubMed PMID: 32141348.
 45. Ajdacic-Gross V, Bopp M, Ring M, Gutzwiller F, Rossler W. Seasonality in suicide--a review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. *Soc Sci Med*. agosto 2010;71(4):657–66. doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.030 PubMed PMID: 20573433.
 46. Kiekens G, Claes L, Kleiman EM, Luyckx K, Coppersmith DDL, Fortgang RG, et al. The Short-Term Course of Nonsuicidal Self-Injury Among Individuals Seeking Psychiatric Treatment. *JAMA Netw Open*. 1 ottobre 2024;7(10):e2440510. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.40510 PubMed PMID: 39436647; PubMed Central PMCID: PMC11581677.
 47. Perlis ML, Grandner MA, Chakravorty S, Bernert RA, Brown GK, Thase ME. Suicide and sleep: Is it a bad thing to be awake when reason sleeps? *Sleep Med Rev*. ottobre 2016;29:101–7. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.003 PubMed PMID: 26706755; PubMed Central PMCID: PMC5070474.
 48. Berman AL, Schwartz RH. Suicide attempts among adolescent drug users. *Am J Dis Child*. marzo 1990;144(3):310–4. doi:10.1001/archpedi.1990.02150270060026 PubMed PMID: 2305736.
 49. Gioia F, Rega V, Boursier V. Problematic Internet Use and Emotional Dysregulation Among Young People: A Literature Review. *Clin Neuropsychiatry*. febbraio 2021;18(1):41–54. doi:10.36131/cnfioritieditore20210104 PubMed PMID: 34909019; PubMed Central PMCID: PMC8629046.
 50. Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, Kuss D, Griffiths M. Can Disordered Mobile Phone Use Be Considered a Behavioral Addiction? An Update on Current Evidence and a Comprehensive Model for Future Research. *Current Addiction Reports*. 23 febbraio 2015;2:156–62. doi:10.1007/s40429-015-0054-y
 51. Bommersbach TJ, McKean AJ, Olfson M, Rhee TG. National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-

2020. JAMA. 2 maggio 2023;329(17):1469–77. doi:10.1001/jama.2023.4809 PubMed PMID: 37129655; PubMed Central PMCID: PMC10155071.
52. Hoge MA, Vanderploeg J, Paris M, Lang JM, Olezeski C. Emergency Department Use by Children and Youth with Mental Health Conditions: A Health Equity Agenda. *Community Ment Health J.* 2022;58(7):1225–39. doi:10.1007/s10597-022-00937-7 PubMed PMID: 35038073; PubMed Central PMCID: PMC8762987.
 53. Apicella M, Serra G, Trasolini M, Andracchio E, Chieppa F, Averna R, et al. Urgent psychiatric consultations for suicide attempt and suicidal ideation before and after the COVID-19 pandemic in an Italian pediatric emergency setting. *Front Psychiatry.* 2023;14:1135218. doi:10.3389/fpsyt.2023.1135218 PubMed PMID: 37457771; PubMed Central PMCID: PMC10348632.
 54. Costa S, Farruggia R, Guccione F. Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva.
 55. Regione del Veneto. Indicazioni operative per l'efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso. Allegato A DGR nr. 1035. Giunta Regionale; luglio 2019. Report DGR nr. 1035.
 56. Hoffmann JA, Foster AA, Rojas CR, Otto S, Olsen CS, Meeks HD, et al. Overtriage and Undertriage of Children Presenting to the Emergency Department for Behavioral Health. *JAMA Netw Open.* 2 marzo 2026;9(3):e263042. doi:10.1001/jamanetworkopen.2026.3042 PubMed PMID: 41874504; PubMed Central PMCID: PMC13014168.
 57. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* dicembre 2012;166(12):1170–6. doi:10.1001/archpediatrics.2012.1276 PubMed PMID: 23027429; PubMed Central PMCID: PMC6889955.
 58. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* dicembre 2011;168(12):1266–77. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704 PubMed PMID: 22193671; PubMed Central PMCID: PMC3893686.
 59. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 [citato 27 aprile 2026]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK588208/> PubMed PMID: 36595613.
 60. Williams ER, Shepherd SM. Medical clearance of psychiatric patients. *Emerg Med Clin North Am.* maggio 2000;18(2):185–98, vii. doi:10.1016/s0733-8627(05)70117-6 PubMed PMID: 10767877.

61. Worsley D, Bowden C, Keating C, Cassidy K, Doupnik SK. Impact of Mental Health Boarding on Clinicians at a Children's Hospital: A Qualitative Analysis. *J Hosp Med.* marzo 2024;19(3):193–9. doi:10.1002/jhm.13300 PubMed PMID: 38340351; PubMed Central PMCID: PMC10940212.
62. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *West J Emerg Med.* marzo 2019;20(2):409–18. doi:10.5811/westjem.2019.1.41344 PubMed PMID: 30881565; PubMed Central PMCID: PMC6404720.
63. Burn AM, Holland J, Roe J, Hopkin E, Wild L, Fisher M, et al. Impact of young people's admissions to adult mental health wards in England: national qualitative study. *BJPsych Open.* 17 marzo 2025;11(2):e53. doi:10.1192/bjo.2024.850 PubMed PMID: 40091598; PubMed Central PMCID: PMC12001951.
64. Imfeld SM, Darang DM, Neudecker M, McVoy MK. Primary care pediatrician perceptions towards mental health within the primary care setting. *Pediatr Res.* novembre 2021;90(5):950–6. doi:10.1038/s41390-020-01349-7 PubMed PMID: 33531675.
65. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry.* marzo 2006;63(3):332–9. doi:10.1001/archpsyc.63.3.332 PubMed PMID: 16520440.
66. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* settembre 2007;164(9):1356–63. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07030454 PubMed PMID: 17728420.
67. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 27 giugno 2013;346:f3646. doi:10.1136/bmj.f3646 PubMed PMID: 23814104.
68. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *Can J Psychiatry.* novembre 2014;59(11):576–85. doi:10.1177/070674371405901103 PubMed PMID: 25565473; PubMed Central PMCID: PMC4244876.
69. Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020;7:9. doi:10.1186/s40479-020-00123-9 PubMed PMID: 32426138; PubMed Central PMCID: PMC7216729.
70. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and

- suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* maggio 2021;51(7):1057–67. doi:10.1017/S0033291721001355 PubMed PMID: 33875025; PubMed Central PMCID: PMC8188531.
71. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1 dicembre 2012;51(12):1304–1313.e3. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018
 72. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, Anderson NL. The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44(1):194–203. doi:10.1080/15374416.2014.940624 PubMed PMID: 25255931; PubMed Central PMCID: PMC4289426.
 73. Loch AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res Behav Manag.* 28 aprile 2014;7:137–45. doi:10.2147/PRBM.S35061 PubMed PMID: 24812527; PubMed Central PMCID: PMC4011897.
 74. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* giugno 1999;38(6):660–71. doi:10.1097/00004583-199906000-00012 PubMed PMID: 10361783.
 75. Fontanella CA. The Influence of Clinical, Treatment, and Healthcare System Characteristics on Psychiatric Readmission of Adolescents. *Am J Orthopsychiatry.* aprile 2008;78(2):187–98. doi:10.1037/a0012557 PubMed PMID: 18954182; PubMed Central PMCID: PMC2596608.
 76. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry.* marzo 2013;202(3):187–94. doi:10.1192/bjp.bp.112.115030 PubMed PMID: 23457182.
 77. King CA, Arango A, Kramer A, Busby D, Czyz E, Foster CE, et al. Association of the Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents With 11- to 14-Year Mortality Outcomes: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 1 maggio 2019;76(5):492–8. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4358 PubMed PMID: 30725077; PubMed Central PMCID: PMC6495350.
 78. Pomerantz E, Altermatt E, Saxon J. Making the Grade but Feeling Distressed: Gender Differences in Academic Performance and Internal Distress. *Journal of Educational Psychology.* 1 giugno 2002;94:396–404. doi:10.1037/0022-0663.94.2.396
 79. Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or

- experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychological Medicine*. agosto 2017;47(11):1867–79. doi:10.1017/S0033291717000344
80. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 novembre 2021;175(11):1142–50. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482 PubMed PMID: 34369987; PubMed Central PMCID: PMC8353576.
 81. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*. settembre 2008;49(9):933–41. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x PubMed PMID: 18665882.
 82. Hewitt PL, Flett GL, Sherry SB, Habke M, Parkin M, Lam RW, et al. The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*. giugno 2003;84(6):1303–25. doi:10.1037/0022-3514.84.6.1303
 83. Fernández-Fernández R, Fontecha L, Suárez C, del Álamo C. Frequent Attenders in a Psychiatric Emergency Department: A Descriptive Analysis. *Eur Psychiatry*. 26 agosto 2025;68(Suppl 1):S715–6. doi:10.1192/j.eurpsy.2025.1453 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC12437412.
 84. Lin C, Cousins SJ, Zhu Y, Clingan SE, Mooney LJ, Kan E, et al. A scoping review of social determinants of health's impact on substance use disorders over the life course. *J Subst Use Addict Treat*. novembre 2024;166:209484. doi:10.1016/j.josat.2024.209484 PubMed PMID: 39153733; PubMed Central PMCID: PMC11418584.
 85. COVID-19 and Pediatric Mental Health Hospitalizations | Pediatrics | American Academy of Pediatrics [Internet]. [citato 9 giugno 2026]. Disponibile su: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/5/e2022058948/191053/COVID-19-and-Pediatric-Mental-Health?autologincheck=redirected>