



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO INFERMIERISTICO
NELL'ASSISTENZA ALL'ADOLESCENTE
AFFETTO DA PATOLOGIA PSICHIATRICA
CON CONDOTTE AUTOLESIVE**
Ricerca e revisione della letteratura.

Relatore: Prof. Spanio Daniele

Laureanda: Alessio Angela

(matricola: n. 2015115)

Anno Accademico 2022-2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO INFERMIERISTICO
NELL'ASSISTENZA ALL'ADOLESCENTE
AFFETTO DA PATOLOGIA PSICHIATRICA
CON CONDOTTE AUTOLESIVE**
Ricerca e revisione della letteratura.

Relatore: Prof. Spanio Daniele

Laureanda: Alessio Angela
(matricola: n. 2015115)

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Background - Il Nonsuicidal self-injury (NSSI), ovvero l'autolesionismo non suicidario è una problematica riguardante la salute mentale che sta crescendo sempre di più negli ultimi anni e che affligge un numero sempre maggiore di ragazzi giovani, specialmente i più vulnerabili. Rappresenta un genere di condotta che può venire attuato in diversi modi tra i quali possiamo trovare più frequentemente tagli, bruciature e gravi graffi autoinflitti, ma vi sono molteplici altri comportamenti più raramente riscontrati che non per questo risultano meno pericolosi per chi li attua. Attualmente la causa non è nota ma diversi fattori biologici, psicologici e sociali sembra possano influenzare la comparsa di questi agiti, tra cui la diffusione sempre maggiore dei social media che caratterizza l'epoca attuale. L'autolesionismo non suicidario rappresenta uno dei principali fattori di rischio per il futuro suicidio, pertanto, non dovrebbe essere sottovalutato.

Scopo - Lo scopo della presente revisione di letteratura è quello di indagare il ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente con comportamenti autolesivi, valutare quali siano gli atteggiamenti e i comportamenti che devono essere messi in atto e verificare se vi siano delle strategie utili al fine di migliorare gli esiti dell'assistenza infermieristica.

Materiali e metodi - È stata condotta una revisione della letteratura su diverse banche dati di bibliografia medica e scientifica (PubMed, UpToDate e Google Scholar). Sono state utilizzate diverse stringhe di ricerca, combinando con gli operatori booleani AND e OR parole libere e termini MeSH; dai risultati sono stati selezionati articoli scientifici e documenti in base alla pertinenza con gli obiettivi della ricerca, alla presenza del full text e all'anno di pubblicazione (tra il 1990 e il 2023).

Risultati - I risultati evidenziano che gli infermieri non si sentono adeguatamente preparati per fornire adeguata assistenza al paziente autolesionista. Diversi studi hanno riscontrato che gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti di questo genere di utenza sono spesso negativi e inadeguati, principalmente perché non ritengono di avere le conoscenze e le competenze necessarie per gestire questa problematica, l'incidenza

della quale sta crescendo sempre più negli ultimi anni. Un'assistenza inadeguata a questi pazienti può comportare drammatiche conseguenze, come la mancata aderenza al percorso terapeutico, ulteriori episodi di autolesionismo o, nel peggiore dei casi, tentativi di suicidio.

Conclusioni - Gli studi individuati evidenziano che l'implemento della formazione, attraverso il piano di studi universitari, corsi dedicati e spazi strutturati per gli infermieri, può incrementare le loro conoscenze, rappresentando la strategia più appropriata per migliorare la preparazione infermieristica nell'assistenza a questo tipo di pazienti. Inoltre, l'utilizzo di metodi alternativi come forum clinici, supervisioni cliniche, aiuto e supporto condiviso tra colleghi, programmi digitali, workshop, seminari e l'introduzione di un infermiere specializzato, di scale di triage e di linee guida specifiche per l'ambito della salute mentale in pronto soccorso, si è dimostrato altrettanto efficace nel potenziare le competenze degli infermieri.

Keywords: Nursing role, adolescents, psychiatric pathologies, self-harming behavior.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO E QUESITO DI RICERCA	“ 5
1.1. Problema	“ 5
1.2. Scopo	“ 5
1.3. Quesito di ricerca	“ 5
CAPITOLO 2: REVISIONE DI LETTERATURA	“ 7
2.1. Materiali e metodi	“ 7
<u>2.1.1. Termini utilizzati nelle stringhe di ricerca</u>	“ 9
2.2. Autolesionismo non suicidario: definizione e caratteristiche	“ 9
<u>2.2.1 Epidemiologia del NSSI</u>	“ 10
2.2.1.1. Prevalenza	“ 11
<u>2.2.2 Caratteristiche cliniche autolesionismo non suicidario</u>	“ 12
2.2.2.1. Metodi utilizzati per l'autolesionismo	“ 14
2.2.2.2. Relazione con i disturbi psichiatrici	“ 15
<u>2.2.3 Patogenesi e fattori di rischio</u>	“ 16
<u>2.2.4 I social come possibile fattore di rischio</u>	“ 18
2.2.4.1. Istigazione all'autolesionismo	“ 20
<u>2.2.5 Criteri diagnostici</u>	“ 20
<u>2.2.6 Valutazione del rischio di ideazione suicidaria</u>	“ 21
2.2.6.1. La valutazione del rischio in ambito emergenziale	“ 23
2.2.6.2. Modalità di valutazione del rischio suicidario	“ 23
<u>2.2.7 Prevenzione</u>	“ 25
2.2.7.1. Prevenzione scolastica	“ 25
2.2.7.2. Prevenzione basata sulle comunità	“ 27
<u>2.2.8 Gestione e trattamento</u>	“ 28
2.2.8.1. Trattamento di prima linea	“ 30
2.2.8.2. Trattamento di seconda linea	“ 30
2.2.8.3. Trattamento di terza linea	“ 31
2.2.8.4. Psicoterapia	“ 31

2.3 Ruolo infermieristico nell'assistenza	pag.	32
<u>2.3.1 Come migliorare la relazione d'aiuto</u>	“	34
<u>2.3.2 La formazione per il miglioramento degli esiti assistenziali</u>	“	34
2.4 Esperienze assistenziali	“	36
<u>2.4.1 Esperienze del personale infermieristico</u>	“	36
<u>2.4.2 Esperienze del paziente autolesionista</u>	“	38
CAPITOLO 3: DISCUSSIONE	“	39
3.1 Limiti dello studio	“	41
3.2 Significatività per la professione	“	42
CAPITOLO 4: CONCLUSIONI	“	43
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA		
ALLEGATI		
Allegato 1 - Descrizione degli articoli selezionati		

INTRODUZIONE

L'interesse per l'argomento trattato nel presente elaborato di tesi nasce durante un'esperienza di tirocinio clinico del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, svolto nell'ambito dell'area Salute Mentale, presso il Centro Salute Mentale (CSM) di Bassano del Grappa e riguarda un problema sanitario particolarmente rilevante, con un tasso di prevalenza pari al 17/18%, in crescita specialmente negli ultimi decenni tra gli adolescenti della popolazione generale (2).

Le frequenti richieste di assistenza hanno infatti diretto l'attenzione verso il problema dell'autolesionismo non suicidario, ovvero la distruzione deliberata del tessuto corporeo, in assenza di qualsiasi intenzione di morire, che si verifica per scopi che non sono sanciti socialmente. Il comportamento assume più comunemente la forma del taglio della pelle, bruciature e gravi graffi (1). Questo tema è di fondamentale interesse sociale in quanto l'autolesionismo colpisce ogni anno milioni di adolescenti, costituisce globalmente la seconda causa di morte per le ragazze adolescenti (37), ed è associato a esiti clinici avversi come tentativi di suicidio (1). Nonostante la diffusione sembra una tematica poco considerata e trattata a livello sanitario, alla quale non sempre viene dedicata la giusta attenzione.

In questo ambito l'infermiere può svolgere un ruolo fondamentale nella cura dei giovani che compiono atti autolesivi; il suo atteggiamento professionale nei confronti di queste persone è essenziale per un'assistenza di alta qualità (18) ma a causa di scarse conoscenze, stigmatizzazione e pregiudizi spesso il paziente autolesionista non riceve un supporto assistenziale adeguato, con gravi conseguenze per il suo percorso di cura, portandolo ad avere poca fiducia nei confronti del personale sanitario e ad aumentare la probabilità di ulteriori ricadute le quali, nei casi più drammatici, possono provocarne la morte accidentale.

Il trattamento e la gestione degli atti autolesivi dovrebbero essere di prioritaria importanza per la sanità pubblica dato che l'autolesionismo è uno tra i principali fattori di rischio dell'episodio suicidario: gli studi dimostrano che dal 40% all'80% delle vittime di suicidio si sono procurate atti di autolesionismo in passato (35), e non va

dimenticato che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni a livello globale, come sancito dall'OMS (2019) (7).

Questa revisione di letteratura è stata sviluppata con lo scopo di comprendere quale sia il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente autolesionista e quali possano essere le strategie operative utilizzate per migliorare gli esiti dell'assistenza. Per rispondere ai quesiti sopra citati sono state condotte delle ricerche sulle principali banche dati mediche e scientifiche, individuando evidenze con focus sul ruolo infermieristico nella gestione di questa problematica, sugli atteggiamenti che l'infermiere mette in atto, sulle strategie che possono migliorare l'assistenza e sulle esperienze del paziente autolesionista, per poter comprendere come i comportamenti degli infermieri possono influenzare il percorso terapeutico di quest'ultimo. L'analisi, la sintesi e l'organizzazione strutturata delle stesse evidenze hanno permesso la stesura della seconda parte del documento. La discussione della revisione di letteratura e la redazione delle conclusioni in risposta agli interrogativi iniziali hanno completato la composizione finale.

CAPITOLO 1

PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA

1.1 Problema

L'autolesionismo è una pratica caratterizzata da azioni volte a danneggiare deliberatamente il tessuto corporeo, senza l'intenzione di causare la morte; spesso questi agiti sono associati a cause di natura biologica, psicologica e sociale che, interagendo tra loro, generano questa tipologia di comportamento. Questa problematica è in costante crescita negli ultimi anni tra la popolazione giovane, solitamente con un esordio intorno all'età di 13-14 anni. In quest'ambito, l'assistenza da parte del personale infermieristico, può risultare complessa a causa della scarsa aderenza terapeutica dei pazienti, che spesso sentono la necessità di compiere tali azioni, e dalla loro tendenza a nascondersi, rendendoli di fatto difficili da diagnosticare e, di conseguenza, da trattare. Tuttavia, risulta essere di fondamentale importanza la gestione infermieristica, al fine di prevenire eventuali recidive che, nei casi più gravi, possono determinare un elevato rischio di suicidio.

1.2 Scopo

Lo scopo della presente revisione di letteratura consiste nel comprendere quali modalità assistenziali adottano gli infermieri nei confronti dei pazienti autolesionisti, quali ripercussioni hanno queste sull'andamento clinico del paziente e quali strategie operative possono apportare benefici al percorso di cura per questa tipologia di pazienti.

1.3 Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca alla base dell'indagine sono stati:

- Qual è il ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente autolesionista?
- Quali strategie assistenziali possono essere utilizzate per migliorare gli esiti dell'assistenza infermieristica?

Per la formulazione del quesito di ricerca è stato utilizzato il seguente modello “PIO” (Paziente/Popolazione/Problema da indagare, Interventi, Outcomes/risultati) il quale è stato rappresentato in Tabella I (Tabella I - Descrizione del PIO).

Tabella I - Descrizione del PIO

P	Pazienti adolescenti con un disturbo di salute mentale che hanno compiuto atti autolesivi.
I	Utilizzo della letteratura come strumento per identificare il ruolo dell’infermiere nell’assistenza e nella gestione di pazienti che hanno attuato comportamenti autolesivi.
O	Analizzare i comportamenti e gli atteggiamenti degli infermieri, comprendere quali ripercussioni questi hanno sul paziente autolesionista e individuare quali strategie possono migliorare gli esiti del trattamento.

CAPITOLO 2

REVISIONE DI LETTERATURA

2.1 Materiali e metodi

La ricerca di bibliografia finalizzata alla stesura della revisione è stata condotta su diverse banche dati dedicate alla letteratura scientifica: PubMed, Uptodate e Google Scholar. Sull'Advanced Search di PubMed, sono stati utilizzati termini Mesh e parole libere combinati con gli operatori booleani AND e OR. I criteri di inclusione utilizzati sono stati: popolazione adolescenti o giovani adulti, articoli full text, anno di pubblicazione degli articoli tra il 1990 e il 2023. I criteri di esclusione, invece, consistevano in: popolazione adulti e anziani, comportamenti suicidari e articoli precedenti all'anno 1990.

In considerazione di ciò sono stati inclusi all'interno della revisione 40 articoli, selezionati in diverse fasi, secondo il procedimento rappresentato in Fig. 1 (Figura 1 - Modalità di selezione degli articoli).

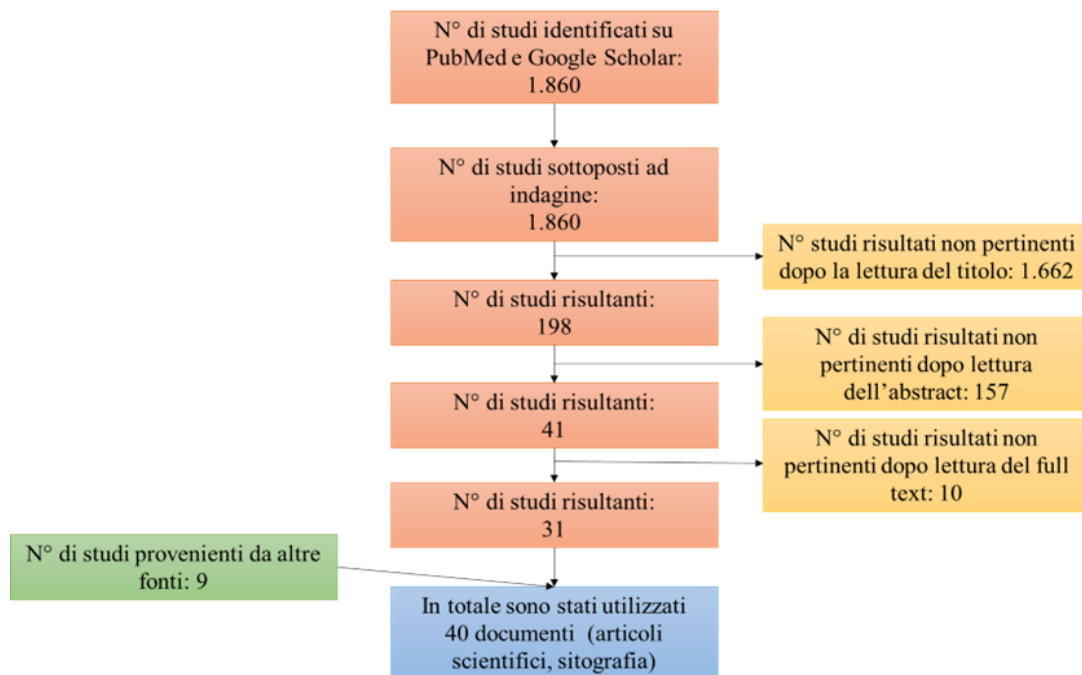


Figura 1 – Modalità di selezione degli articoli

Inizialmente è stata prevista la lettura dei titoli con conseguente esclusione di quelli non riguardanti i criteri di inclusione e l'obiettivo della revisione. Successivamente sono stati letti e selezionati gli abstract, con applicazione dei medesimi criteri di

inclusione ed esclusione previsti nel precedente passaggio. Infine, sono stati analizzati in modo approfondito (testo completo) tutti gli articoli rimanenti. Di questi ultimi sono stati esclusi quelli che comunque, al termine della lettura, non risultavano utili alla revisione.

La descrizione schematica degli articoli selezionati per la revisione è rappresentata in Allegato 1 (Allegato 1 - Descrizione degli articoli selezionati) mentre di seguito sono riprodotti in Tabella II (Tabella II - Stringhe di ricerca) le stringhe di ricerca utilizzate.

Tabella II - Stringhe di ricerca

DATABASE	STRINGA DI RICERCA	FILTRI	RISULTATI	ARTICOLI ESCLUSI	ARTICOLI INCLUSI
Uptodate	<i>Adolescente Autolesionista trattamento infermieristico</i>	1990-2023 Full text	255	250	5
PubMed	<i>Self injurious behavior and nurse and adolescent</i>	1990-2023 Full text	321	315	6
	<i>("Self-Injurious Behavior"[Mesh]) AND "Nursing Assessment"[Mesh])</i>	1990-2023 Full text	225	224	1
	<i>("Nursing"[Mesh]) AND "Self-Injurious Behavior"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]</i>	1990-2023 Full text	163	162	1
	<i>"Self-Injurious Behavior/nursing"[MAJR]</i>	1990-2023 Full text	120	106	14
	<i>("Self-Injurious Behavior"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Nursing Assessment"[Mesh]</i>	1990-2023 Full text	52	51	1
	<i>Global epidemiology Self-Injurious</i>	1990-2023 Full text	190	189	1
	<i>Social media and self-injurious</i>	1990-2023 Full text	122	120	2
	<i>Blue whale challenge</i>	1990-2023 Full text	57	55	2
Google Scholar	<i>Autolesionismo dell'adolescente e interventi di prevenzione</i>	1990-2023 Full text	355	353	3

2.1.1. Termini utilizzati nelle stringhe di ricerca

I termini Mesh e le parole libere combinati su PubMed con gli operatori booleani AND e OR. sono stati i seguenti per tutte le ricerche effettuate:

- Nursing management;
- Self harm;
- Young;
- Adolescent;
- Mental illnes.

2.2 Autolesionismo non suicidario: definizione e caratteristiche

Prima di giungere alla definizione di autolesionismo non suicidario è importante sottolineare che nel corso degli anni vi sono state molte credenze infondate riguardanti questa problematica. In passato, i comportamenti autolesivi venivano considerati esclusivamente come uno dei criteri diagnostici del disturbo Borderline di personalità (28) nel DSM-IV mentre attualmente è stata legittimata l'esistenza di una categoria diagnostica denominata Nonsuicidal self-injury (NSSI), ovvero autolesionismo non suicidario definito come: “la distruzione deliberata del tessuto corporeo in assenza di qualsiasi intenzione di morire e si verifica per scopi che non sono sanciti socialmente (1)”. Con: “non sanciti socialmente” si fa riferimento a tutti quegli atti diversi dal fumo eccessivo, dal consumo di alcool, dai piercing (6) dai tatuaggi o dai rituali religiosi, i quali vengono considerati come socialmente accettabili.

L'autolesionismo non suicidario si verifica a tassi elevati tra gli adolescenti (1) con una prevalenza del 4% tra gli adulti e tra il 15 e il 46% tra gli adolescenti, con un esordio tipicamente intorno ai 13-14 anni (27). È associato a esiti clinici avversi, come i tentativi di suicidio (1), anche se bisogna però fare attenzione a non confondere queste due tipologie di problematiche. Concettualizzando l'autolesionismo non suicidario come un'entità distinta che differisce qualitativamente dal comportamento suicidario (1), possiamo affermare che la differenza sta nell'intento alla base del comportamento stesso. Nel secondo caso, l'intenzione è di porre fine alla propria vita, mentre nel primo caso, lo scopo è quello di migliorare le emozioni negative (per. es. ansia o angoscia), punire sé stessi (3), ridurre la tensione, risolvere difficoltà o chiedere

aiuto (26). Spesso questi due fenomeni vengono confusi tra di loro, poiché gli individui autolesionisti possono accidentalmente uccidersi (9). Un'altra caratteristica che è possibile osservare analizzando queste due tematiche e prendendo in considerazione gli individui che, come atto, si recidono i polsi è che, solitamente, le ferite autoinflitte sono ripetute, superficiali, e numerose, piuttosto che profonde e singolari come visto nei tentativi di suicidio (9).

Nonostante la mancanza di letalità immediata, l'autolesionismo ripetuto costituisce un fenomeno comune che è stato associato a esiti negativi a lungo termine e ad un aumentato rischio di suicidio (8) in un prossimo futuro, pertanto, non può rappresentare un problema da sottovalutare.

Inoltre, i comportamenti autolesivi potrebbero essere confusi con altri comportamenti apparentemente autolesionistici, come i disturbi alimentari, l'abuso di sostanze, l'assunzione di rischi sessuali o interventi chirurgici elettivi ripetuti (24). Anche se questi comportamenti possono coesistere con le condotte autolesive, non sono ugualmente definibili costituendo, in realtà, forme indirette di autolesionismo. Il comportamento autolesivo, è caratterizzato dall'immediatezza dell'atto, ovvero il legame tra il comportamento e la conseguenza fisica (una ferita, ad esempio) è immediata e inequivocabile (24) mentre nelle forme indirette questo collegamento non è istantaneo ma può avere delle ripercussioni a distanza di tempo.

2.2.1 Epidemiologia del NSSI

Il "Nonsuicidal self-injury" (NSSI) colpisce ogni anno milioni di adolescenti e costituisce globalmente la seconda causa di morte per le ragazze adolescenti (37), indicando un problema di salute pubblica che necessita di attenzione e intervento immediato (23).

L'esordio si manifesta più frequentemente intorno ai 13-14 anni, ma può verificarsi anche prima dei 12 anni, sebbene raramente in bambini di età compresa tra 5 e 7 anni (2).

È importante sottolineare che numerose ricerche hanno evidenziato alti tassi di tentativi di suicidio tra le persone che praticano NSSI (23). È noto che l'autolesionismo costituisce il fattore di rischio più rilevante per il successivo suicidio completato, con studi che indicano che dal 40% all'80% delle vittime di suicidio si sono autolesionate

in precedenza (35). Inoltre, la letteratura dimostra che un paziente su 25 tra quelli che si presentano al pronto soccorso a causa di autolesionismo morirà per suicidio nei 10 anni successivi alla presentazione iniziale (8). Sfortunatamente, coloro che si presentano in ospedale potrebbero rappresentare solo una piccola percentuale dei giovani che praticano NSSI, poiché una stima suggerisce che un adolescente su 10 pratica questo genere di comportamento, ma solo il 30% di questi cerca assistenza medica (32).

Diventa quanto mai necessario sottolineare questi dati, considerando che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni a livello globale e l'OMS (2019) (7).

2.2.1.1. Prevalenza

L'autolesionismo non suicidario è comune sia in contesti clinici che di comunità; tuttavia, i tassi di prevalenza sono più alti nei contesti clinici rispetto ai campioni di comunità (popolazione generale) (2).

Analizzando le differenze tra diversi setting è possibile rilevare che:

- nei contesti clinici: tra i pazienti psichiatrici adolescenti la prevalenza stimata nell'ultimo anno di autolesionismo non suicidario è compresa tra il 50% e il 70%;
- nella popolazione generale: sulla base dei risultati aggregati di studi di comunità in Asia, Australia, Europa e Nord America, la prevalenza di almeno un episodio di autolesionismo non suicidario nella popolazione generale degli adolescenti è di circa il 17-18% (2).

I tassi di autolesionismo non suicidario negli adolescenti sono circa tre volte superiori a quelli riportati nei campioni di adulti. Infatti, diversi studi svolti all'estero hanno rilevato che la prevalenza stimata nell'arco della vita di autolesionismo non suicidario era la seguente (2):

- adolescenti (dai 10 ai 17 anni) - 17%;
- giovani adulti (dai 18 ai 24 anni) - 13%;
- adulti (età ≥ 25 anni) - 6%.

Questi dati evidenziano che il rischio di comportamenti autolesionistici non suicidari si riduce con il passare degli anni ed è un comportamento che riguarda principalmente una popolazione giovane.

La prevalenza dei comportamenti autolesivi è stata analizzata anche in riferimento a diverse altre variabili:

- genere (binario): non è chiaro se la prevalenza dell'autolesionismo non suicidario sia leggermente maggiore nelle femmine rispetto ai maschi o sia comparabile nei due gruppi. Gli studi che hanno esaminato le differenze di genere binario (maschile/femminile) nell'autolesionismo non suicidario hanno prodotto risultati contrastanti:
 - uno studio ha rilevato che l'autolesionismo non suicidario era leggermente maggiore nelle femmine rispetto ai maschi;
 - un altro studio ha scoperto che la prevalenza dell'autolesionismo non suicidario era comparabile per le femmine e per i maschi (2).

Diversi studi, invece, hanno sottolineato differenze rilevanti tra i due generi. Le ragazze, infatti, sono più numerose dei ragazzi con un rapporto 4:1 (11), con una differenza rispetto all'esito di questi comportamenti, ovvero i ragazzi hanno maggiori probabilità di completare l'atto suicidario rispetto alle ragazze, anche se le ragazze hanno maggiori probabilità di ripetere autolesionismo (11). Un altro studio ha rilevato che l'incidenza dell'autolesionismo è aumentata notevolmente nelle ragazze di età compresa tra 10 e 19 anni, raggiungendo il 36,4 su 10.000, con un aumento del tasso di incidenza del 68% (30);

- gruppi di minoranze sessuali e di genere: rispetto agli adolescenti che si identificano come eterosessuali, la prevalenza di autolesionismo non suicidario è elevata negli adolescenti che mettono in dubbio il proprio orientamento sessuale o si identificano come gay, lesbiche o bisessuali;
- razza/etnia: non è noto se la prevalenza dell'autolesionismo non suicidario differisca tra i gruppi razziali ed etnici (2).

2.2.2. Caratteristiche cliniche autolesionismo non suicidario

Accertato l'aumento di incidenza e prevalenza delle condotte autolesionistiche, è necessario soffermarsi sulle manifestazioni di questo genere di comportamento.

La caratteristica clinica essenziale dell'autolesionismo non suicidario è rappresentata dal danno intenzionale autoinflitto alla superficie del corpo senza intenti suicidari (3), questa caratteristica sancisce la differenza con il tentativo di suicidio.

Tuttavia, è importante ricordare anche le altre caratteristiche fondamentali che definiscono questo genere di problematica, tra le quali:

1. l'azione utilizzata per produrre autolesionismo: può derivare da comportamenti compulsivi o impulsivi. L'autolesionismo compulsivo (per es. strapparsi i capelli, strapparsi la pelle e mangiarsi gravemente le unghie) è abituale e ripetitivo ed è associato a una maggiore resistenza a un bisogno egodistonico (24) (ovvero qualunque pensiero e comportamento che sia in conflitto o dissonante con i bisogni e gli obiettivi dell'Io). I comportamenti autolesivi impulsivi (come tagliarsi e bruciarsi la pelle) sono episodici e gratificanti; sembrano derivare da impulsi egosintonici (ovvero comportamenti o eventi mentali, quali pensieri ed emozioni, in linea con l'idea di sé) spesso innescati dagli eventi e comportano poca resistenza. (24);
2. la localizzazione della lesione sul corpo: solitamente gli atti di autolesionismo, si verificano in aree ben nascoste alla vista del pubblico e, sebbene le lesioni non siano immediatamente pericolose per la vita, provocano cicatrici a lungo termine (12);
3. la frequenza dell'autolesionismo durante uno specifico periodo di tempo (24): spesso la frequenza può essere riconducibile ad un periodo di vita particolarmente stressante o al sopraggiungere di ulteriori fattori di rischio come, ad esempio, una perdita interpersonale (1) improvvisa;
4. il danno tissutale, il quale dipende da molteplici fattori: numero, tipo e gravità delle lesioni, oltre a criteri relativi alla cura della ferita (24). Infatti, molto spesso chi si autolesiona non cerca supporto medico e le ferite autoinflitte, senza delle adeguate cure, possono comportare infezioni e ulteriori problematiche che peggiorano il danno tissutale;
5. lo stato psicobiologico dell'individuo al momento del comportamento autolesionista: viene fatta una distinzione comune tra l'autolesionismo nel ritardo mentale o nella malattia organica, nei pazienti psicotici e negli altri pazienti (24);

6. la funzione dell'autolesionismo (24): essa rappresenta lo scopo dell'atto, spesso utilizzato come modo per gestire l'angoscia o lo stress emotivo e per trovare un sollievo temporaneo dalle emozioni provate dalla persona, le quali spesso sono legate al dolore emotivo.

2.2.2.1. Metodi utilizzati per l'autolesionismo

Risulta altrettanto utile descrivere le diverse tipologie di comportamenti autolesivi:

- tagliare o pugnalarla la pelle con un oggetto appuntito come un coltello, un rasoio o delle forbici (12). I tagli spesso sanguinano e alla fine la pelle può rimanere segnata da una serie di cicatrici parallele. Molti studi indicano che questo è il mezzo più comune di autolesionismo; si stima che il taglio avvenga nel 70-90% degli individui che praticano autolesionismo non suicidario;
- scolpire parole o simboli sulla pelle;
- colpire o sbattere parti del corpo come la testa;
- rompere le ossa;
- grattarsi fino al punto di sanguinare;
- mordersi fino al punto di sanguinare;
- sfregare la pelle contro superfici ruvide come a realizzare una "cancellazione";
- inserire aghi o altri oggetti sotto la pelle;
- pizzicare la pelle fino al punto di sanguinare;
- strappare i capelli (esclude la tricotillomania) (3);
- ingerire sostanze chimiche pericolose per causare danni tissutali immediati come, per esempio, la candeggina o l'acqua ossigenata;
- bruciarsi con oggetti caldi come le sigarette, i fiammiferi o l'acqua bollente (12).

È importante notare anche le differenze di genere che sembrano influire sulla scelta del tipo/metodo autolesivo utilizzato più frequentemente. Le femmine riferiscono maggiormente di tagliarsi, mordersi, interferire con la guarigione delle ferite, tirarsi i capelli e graffiarsi, mentre i maschi riferiscono di infliggersi colpi sul corpo e sulla testa (3).

2.2.2.2. Relazione con i disturbi psichiatrici

Alla base dei comportamenti autolesivi non suicidari vi è, nella maggior parte dei casi, un disturbo psichiatrico; chi non presenta questo genere di disturbo ha un minor rischio di manifestare un comportamento autolesivo. Alcuni di questi disturbi hanno una maggior probabilità di vedere attuato questo genere di comportamento disfunzionale.

Tuttavia, è importante notare che il comportamento autolesionistico non suicidario può verificarsi in assenza di un disturbo psichiatrico, il che ha portato a proposte per concettualizzare l'autolesionismo ripetitivo non suicidario come una condizione psichiatrica distinta (3).

I disturbi psichiatrici più comunemente correlati a comportamenti autolesivi sono i seguenti:

- disturbo borderline della personalità;
- disturbo della personalità antisociale;
- autismo (26);
- disturbi d'ansia come il disturbo d'ansia generalizzato;
- disturbo della condotta e disturbo oppositivo provocatorio;
- disturbi depressivi;
- disturbi alimentari;
- disturbo da stress post-traumatico;
- disturbo da uso di sostanze (3).

In riferimento al disturbo da uso di sostanze, è possibile affermare che non sempre gli agiti autolesivi si verificano sotto l'influenza di sostanze. Tuttavia, nel caso in cui un individuo metta in atto un comportamento autolesivo sotto l'effetto di stupefacenti, questo potrebbe portare a lesioni più gravi a causa della capacità di giudizio compromessa, della disinibizione e/o della ridotta sensibilità al dolore (3).

I comportamenti autolesivi, oltre ad essere comunemente associati ad un disturbo psichiatrico, possono coesistere con altri sintomi psichiatrici tra cui:

- disregolazione affettiva;
- stile cognitivo negativo (per es. pessimismo);
- scarsa autostima;
- solitudine;

- alimentazione disordinata;
- comportamenti sessuali rischiosi;
- disturbi del sonno inclusi incubi (3).

2.2.3. Patogenesi e i fattori di rischio

A seguito dell'individuazione delle caratteristiche cliniche principali del comportamento autolesivo, è possibile focalizzarsi sul meccanismo secondo il quale si instaura il processo morboso e sui possibili fattori di rischio che ne influenzano la comparsa.

Ad oggi, l'eziologia dei comportamenti autolesivi rimane in gran parte sconosciuta, ma, come per altre problematiche di salute mentale, la causa viene associata ad un insieme di fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono tra loro (1). Nonostante non vi sia una causa specifica, possiamo comunque individuare una serie di fattori di rischio, i quali, nella maggior parte dei casi, devono coesistere per poter generare il comportamento disfunzionale.

Chatherine Glenn e Matthew K. Nock sostengono che la presenza di fattori di rischio, come ad esempio il maltrattamento infantile, porta a dei fattori di vulnerabilità interpersonali che comportano difficoltà per l'individuo nel rispondere in modo adattivo ai fattori di stress. Con la copresenza di altri fattori di rischio come quelli descritti successivamente, aumenta la probabilità che si verifichi l'autolesionismo (1).

Fattori di rischio biologici:

- fattori neurobiologici: sembra che diversi sistemi neurobiologici possano essere coinvolti nella patogenesi dell'autolesionismo non suicidario (1);
- problemi di sonno (2).

Fattori di rischio psicologici:

- fattori comportamentali;
- autocritica: odiare sé stessi;
- identificazione implicita: sviluppo di una forte associazione tra autolesionismo e se stessi (1);
- alcuni disturbi psichiatrici;

- senso di angoscia;
- impulsività (2);
- incapacità di far fronte alla tensione fisiologica in modo sano;
- sentimenti di ansia;
- sentimenti di rifiuto;
- colpevolizzazione (9);
- sensazione di disperazione (14).

Fattori di rischio sociali:

- maltrattamento infantile;
- bullismo;
- vittimizzazione dei pari al contagio sociale;
- solitudine e isolamento sociale;
- perdita interpersonale;
- difficoltà nel comunicare con i membri della propria famiglia;
- disregolazione affettiva;
- esposizione all'autolesionismo non suicidario tra pari;
- psicopatologia genitoriale (1);
- cyberbullismo (27);
- funzionamento familiare alterato (2);
- deprivazione emotiva dei genitori (9).

In base alla identificazione dei fattori di rischio si possono anche identificare dei gruppi di individui a rischio di compiere un atto autolesivo tra i quali possiamo trovare:

- individui con un disturbo borderline di personalità, soprattutto donne tra i 16 ed i 25 anni;
- individui con uno stato psicotico, spesso giovani e di sesso maschile;
- bambini con problematiche nella gestione delle emozioni con storia di maltrattamento e abuso;
- bambini con ritardo mentale e autistici;
- individui con precedenti episodi autolesionistici (9).

2.2.4. I social come possibile fattore di rischio

In un periodo storico fortemente caratterizzato dall'impiego di nuove tecnologie fruibili da gran parte della popolazione, non deve essere sottovalutato il ruolo dei social media, soprattutto per l'influenza esercitata sui comportamenti degli adolescenti.

Per "social media", si fa riferimento in generale a qualsiasi strumento digitale che consenta un'interazione sociale, compresi siti o applicazioni di social network (app come, ad esempio, Snapchat, Facebook, Instagram, Twitter), app di messaggistica (ad esempio WhatsApp), forum e comunità online (ad esempio Reddit, forum specificatamente dedicati al suicidio) e siti di condivisione video (ad esempio YouTube). La loro prevalenza d'uso è aumentata esponenzialmente negli ultimi anni, sia tra i giovani che tra gli adulti (34).

L'utilizzo dei social media, oltre ad aspetti negativi può comportare anche degli effetti positivi e dei benefici. Ad esempio, i social possono essere un punto d'incontro per gli adolescenti e uno strumento per creare delle nuove amicizie e conoscenze, particolarmente utili per coloro che soffrono di isolamento sociale. Inoltre, possono fornire accesso a risorse per la salute mentale in quanto possono essere utilizzati per coinvolgere le persone nel trattamento di problemi psicologici (34). Molti adolescenti potrebbero non essere a conoscenza di tali argomenti e ignorare questa tipologia di problemi poiché per loro non rappresentano problematiche urgenti o fisiche e pertanto possono essere trascurate.

Ma gli aspetti negativi del grande sviluppo e della diffusione degli smartphone e dei social media sono principalmente connessi all'identificazione di questi ultimi come "probabili colpevoli" del calo del benessere tra i giovani, con la motivazione che i giovani interagiscono con i loro telefoni invece di interagire con i loro genitori e coetanei, portando all'isolamento sociale, alla depressione e potenzialmente al suicidio (25).

Il tempo trascorso sui social media, in base a diversi studi, viene considerato solo parzialmente come uno dei possibili fattori di rischio per questo genere di comportamento, poiché la quantità di tempo trascorso interferisce con le interazioni sociali di persona, causa l'interruzione del sonno e aumenta il rischio di esposizione a esperienze negative (34). Pertanto, si considera che ciò che gli adolescenti pubblicano

e visualizzano online sia il principale fattore di rischio di depressione e autolesionismo, soprattutto per i gruppi di adolescenti vulnerabili. Inoltre, anche vivere esperienze negative come il cyberbullismo (27) e l'isolamento sociale (34) possono costituire ulteriori fattori predisponenti al comportamento autolesivo non suicidario. Ciò significa che, se un adolescente pubblica o visualizza frequentemente contenuti che trattano temi come l'autolesionismo sui social media, è probabilmente a rischio di impegnarsi in tali comportamenti offline (25).

Spesso alcuni contenuti sono accessibili solo da chi frequenta regolarmente siti e pagine riguardanti temi come il suicidio o i comportamenti autolesivi, imbattendosi in sfide come, ad esempio, la "Blue Whale Challenge" ovvero: "la sfida della balenottera azzurra". In Italia le prime notizie di questa particolare sfida risalgono a giugno del 2016 su un quotidiano nazionale, con scarsa risonanza. Tuttavia, nel maggio del 2017, un popolare programma televisivo ha fatto riferimento all'argomento con servizi che non riportavano citazioni ufficiali. Da allora, si sono diffuse notizie su questo fenomeno (35).

Il nome deriva da una parte del ciclo di vita delle balene blu: quando un cetaceo o un gruppo di cetacei si perdono, per varie cause finiscono per arenarsi nella spiaggia dove muoiono a causa dell'impossibilità di tornare in acqua. Secondo i media, il mammifero marino è stato usato da uno studente di psicologia russo come metafora con cui creare un peculiare "gioco", noto come la "Blue Whale Challenge" (35). Il gioco è noto anche con vari altri nomi come "Wake Me Up at 4:20 am", "A Silent House", "A Sea of Whales" ed è definito da un insieme di regole che il giocatore deve seguire nel corso del gioco (36).

La sfida dura 50 giorni e consiste in una serie di compiti che il "curatore" impone al "giocatore", il quale deve completare la lista, di solito eseguendo un'attività al giorno. Il "gioco" prevede una serie di azioni pericolose per la vita e si conclude il cinquantesimo giorno con il suicidio del "giocatore", il quale deve saltare dal tetto dell'edificio più alto della città (35). Le sfide comprendono una serie di atti autolesionistici come incidere sulla pelle numeri o immagini, svegliarsi alle 4:20 e guardare video psichedelici oppure film horror, ascoltare musica inviata dal "curatore", andare su luoghi come gru, tetti e ponti (36).

2.2.4.1 Istigazione all'autolesionismo

Come anticipato, questo genere di challenge non è visibile a tutti coloro che utilizzano i social media ma si presenta principalmente alle persone che cercano contenuti relativi all'autolesionismo o al suicidio.

Nella maggior parte dei casi, le sfide del gioco sembrano aumentare l'autostima e incoraggiare la mente depressa dell'individuo (36). D'altra parte, il controllo psicologico dei giocatori è fortemente influenzato dalla minaccia e dalla paura. Infatti, se una persona non aderisce alle pratiche autolesionistiche consigliate dagli amministratori, quest'ultimi possono minacciare e maltrattare il giocatore o addirittura minacciare di danneggiare le loro famiglie (36).

Oltre al cosiddetto "terrorismo psicologico", entra in gioco il meccanismo della ripetizione e della normalizzazione dell'atto autolesionistico. La ripetizione di questi atti e di altri pericolosi compiti agisce per ridurre e normalizzare i sentimenti di paura riguardo a tali azioni pericolose nel "giocatore". In questo modo, il "giocatore" è indotto a pianificare il proprio suicidio, che avverrà al termine di un processo di autodistruzione (35).

2.2.5 Criteri diagnostici

Il tentato suicidio e gli atti autolesionistici non suicidari sono comportamenti che attualmente non hanno un inquadramento diagnostico ben definito. Infatti, la diagnosi di autolesionismo non suicidario deve escludere comportamenti suicidari (26). Le prove a sostegno dell'autolesionismo non suicidario come diagnosi a sé stante includono studi che indicano che il comportamento autolesionistico non suicidario è altamente diffuso, causa un significativo danno psicosociale, è distinto dal comportamento suicidario, è distinto dai disturbi psichiatrici esistenti come il disturbo borderline di personalità, è transdiagnostico (va oltre le diagnosi categoriche esistenti) e si trova anche tra i giovani senza un disturbo psichiatrico diagnosticabile (3), quindi una diagnosi indipendente risulta essere quantomai necessaria.

L'eventuale diagnosi proposta di disturbo autolesionistico non suicidario deve valutare ciascuno dei seguenti elementi:

- quali tipi e quanti tipi di atti autolesionistici il paziente ha messo in atto;
- quanto spesso l'autolesionismo non suicidario si verifica e per quanto tempo;

- la coesistenza con altri disturbi psichiatrici;
- la stima del rischio di tentativo di suicidio;
- la disponibilità del paziente a partecipare a un trattamento (26);
- se il paziente si aspetta di ottenere almeno uno dei seguenti risultati durante o subito dopo il comportamento autolesionistico non suicidario:
 - sollievo da un sentimento o pensiero negativo;
 - risoluzione di un problema interpersonale;
 - generazione di un sentimento positivo.
- se uno dei seguenti fenomeni è associato al comportamento autolesionistico non suicidario:
 - pensieri frequenti sull'autolesionismo non suicidario, anche quando il paziente non agisce di conseguenza;
 - prima del comportamento, preoccupazione per il comportamento a cui è difficile resistere;
 - immediatamente prima del comportamento, i pazienti sperimentano problemi interpersonali, sentimenti negativi (per es. rabbia, ansia, depressione o disperazione) o pensieri negativi (per es. autocritica o ideazione suicidaria) (3).

L'autolesionismo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o da un'altra condizione medica (per. es. disturbo dello spettro autistico o sindrome di Lesch-Nyhan), non fa parte di un modello di stereotipie ripetitive in pazienti con disturbi del neurosviluppo e non si verifica esclusivamente durante episodi di psicosi, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze (3). Per questi motivi dovrebbe essere definita una diagnosi relativa a questo genere di disturbo.

2.2.6. Valutazione del rischio di ideazione suicidaria

I comportamenti autolesivi non suicidari, nonostante non siano correlati ad intenzione di morire, rappresentano uno dei principali fattori di rischio per un possibile suicidio con il passare degli anni. Infatti, come già citato in precedenza, gli studi dimostrano che 1 paziente su 25 fra quelli che si presentano al pronto soccorso con atti di autolesionismo, morirà per suicidio nei 10 anni successivi alla presentazione iniziale

(8). Risulta così di primaria importanza valutare il rischio di ideazione suicidaria nei pazienti con comportamenti autolesivi.

L'American Association of Suicidology ha identificato alcuni criteri per identificare i principali segnali di allarme per un possibile suicidio:

- ideazione: parlare o minacciare di farsi del male o di uccidersi;
- cercare modi per uccidersi;
- parlare o scrivere di morte o suicidio;
- abuso di sostanze o aumento dell'uso di sostanze;
- sensazione di inutilità;
- sentimenti di ansia, preoccupazione, paura o agitazione;
- cambiamenti nel ritmo del sonno;
- intrappolamento, ovvero la sensazione di sentirsi come se non ci fosse via d'uscita da una brutta situazione;
- mancanza di speranza;
- ritiro da amici, famiglia e società;
- sentimenti di rabbia;
- cambiamenti di umore (4);

La rilevazione di uno o più dei criteri elencati dovrebbe costituire il razionale per la programmazione di un successivo controllo specialistico finalizzato al tempestivo riconoscimento di ideazione suicidaria e alla conseguente adozione di un piano di cura adeguato.

Esistono inoltre alcuni test di screening per l'ideazione suicidaria, somministrabili a livello delle cure primarie, che costituiscono l'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS). I medici di base e i pediatri sono spesso le prime figure sanitarie alle quali l'adolescente autolesionista può fare riferimento, sarebbe quindi opportuno che questi professionisti effettuassero test di screening per la depressione o, in alternativa, proponessero screening self-report, come il Patient Health Questionnaire (PHQ- 9) a nove voci modificato per gli adolescenti. Questo questionario effettua lo screening per la depressione e, come tale, include una voce che chiede informazioni sull'ideazione suicidaria (4).

2.2.6.1 La valutazione del rischio in ambito emergenziale

È necessario, tuttavia, evidenziare che per molti adolescenti con condotte autolesive, l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale non avviene sempre attraverso il proprio medico di base o il proprio pediatra. In molti casi, preferiscono o devono ricorrere alle cure del Pronto Soccorso. Spesso, infatti, le lesioni autoinflitte risultano essere più gravi di quanto previsto e necessitano di cure immediate, per questo la stabilizzazione medica diventa la priorità.

L'atteggiamento del personale sanitario del Pronto Soccorso è un elemento influente, al punto da incidere sul futuro comportamento del paziente con rischio suicidario (40), sulla sua aderenza alle cure e sul suo follow-up. Sarebbe necessario, dunque, che quando un paziente autolesionista o a rischio di tentato suicidio entra in contatto con il pronto soccorso, gli venisse garantita un'attenzione individuale fino a quando la gravità delle sue intenzioni non venga valutata dal medico appropriato (4). Per questo genere di pazienti, all'ingresso in pronto soccorso, può essere utile l'utilizzo di strumenti specifici per verificare le intenzioni alla base dell'atto.

Uno di questi, l'Ask Suicide-Screening Questions, è uno strumento composto da quattro voci che i medici possono somministrare per lo screening del rischio di suicidio nei pazienti che si presentano ai reparti di emergenza pediatrica con disturbi psichiatrici o medici generali. Se almeno una risposta ad uno dei quattro quesiti risulta essere positiva, è necessario attivare una valutazione più ampia del rischio di suicidio nel paziente, coinvolgendo il reparto di psichiatria con la sua equipe specializzata.

2.2.6.2 Modalità di valutazione del rischio suicidario

Il metodo ritenuto più efficace al fine di valutare l'ideazione suicidaria consiste nella richiesta diretta di informazioni in merito alla volontà di attuarla.

Questo genere di domande e informazioni deve essere richiesto tramite un colloquio individuale in un ambiente in cui sia possibile garantire la privacy e il comfort del paziente. Questo ambiente deve consentire all'operatore di mantenere un atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente (39).

Spesso, chiedere informazioni riguardo questo genere di argomento può essere difficile, data la delicatezza del tema e la possibilità che l'utilizzo di parole sbagliate possa peggiorare lo stato psicologico del paziente. Tuttavia, dimostrare di sentirsi a

proprio agio nel discutere del suicidio è un elemento importante per condurre un'indagine efficace (4). L'operatore può utilizzare una serie di domande per facilitare l'approfondimento delle intenzioni suicidarie del soggetto, iniziando da domande generali e procedendo gradualmente verso il cuore del problema al fine di evidenziare eventuali idee suicidarie e valutarne l'entità e l'intenzionalità.

Queste domande possono essere le seguenti:

- Come si sente?
- Si sente giù di umore?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- È successo qualcosa recentemente che la ha molto turbata?
- Si è sentito oppresso in modo insopportabile da un grande peso?
- Si sente in colpa per qualcosa? Anche per errori commessi in passato? Ci pensa spesso?
- C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto in questo periodo?
- Le è mai capitato di pensare che la vita non abbia un senso o che non valga la pena di essere vissuta? (39)
- Pensa mai di morire? Quante volte?
- Cosa pensa che succeda quando si muore?
- Ha mai desiderato di essere morto?
- Pensa mai che il mondo starebbe meglio se lei fosse morto?
- Pensa che la vita sarebbe più facile per la sua famiglia e i suoi amici se lei fossi morto?
- Ha mai pensato a cosa dovrebbe accadere perché la sua vita finisca?
- Ha mai pensato di farsi del male?
- Ha mai provato ad uccidersi? (4)

In aggiunta al colloquio clinico si potrebbero utilizzare in forma discorsiva gli items di una Scala di valutazione (ad es. la Scale for Suicide Ideation, SSI) per sondare la profondità dell'ideazione suicidaria (39).

Nel caso in cui l'adolescente risponda positivamente ad uno dei precedenti quesiti risulta essere necessaria la valutazione dei seguenti elementi:

- contenuto e cronicità dei pensieri suicidari;
- esistenza e dettagli di un piano suicida;

- livello di intenzione;
- fattori di stress, dolore emotivo, regolazione comportamentale e supporto sociale (4).

Nella valutazione del rischio suicidario, è importante considerare anche il ruolo dei famigliari. Questi possono svolgere un ruolo fondamentale nel fornire informazioni cruciali riguardanti l'adolescente, nonché nell'assicurare l'aderenza alle terapie domiciliari. Tuttavia, non sempre i genitori risultano essere collaborativi e disponibili poiché, in alcuni casi, potrebbero essere la causa scatenante del problema. È importante tenere in considerazione che il maltrattamento infantile e gli abusi rappresentano uno dei principali fattori di rischio nei comportamenti autolesionisti e suicidari.

2.2.7 Prevenzione

Al seguito della valutazione del rischio di ideazione suicidaria nei pazienti con comportamenti autolesivi, risulta utile sviluppare dei metodi finalizzati e delle strategie atti alla prevenzione di queste condotte. Le scuole e le comunità per giovani con difficoltà rappresentano i luoghi più adeguati ed opportuni per implementare questi tipi di interventi.

2.2.7.1 Prevenzione scolastica

La prevenzione degli atti autolesionistici non suicidari a livello scolastico riveste un'importanza fondamentale, anche se attualmente è ancora poco diffusa. Questo tipo di prevenzione contribuisce ad aumentare la consapevolezza sull'autolesionismo, a ridurre lo stigma e a incoraggiare i giovani a cercare in modo appropriato l'aiuto di adulti e di altre persone di fiducia (5).

All'interno di un ambiente scolastico, è essenziale la presenza di procedure che facilitino il riconoscimento dei comportamenti problematici, la valutazione del rischio, la gestione del rapporto con i familiari e l'eventuale invio a servizi dedicati (38).

In alcuni paesi esteri sono stati attuati una serie di programmi creati con lo scopo di prevenire questo genere di comportamento all'interno della scuola, tra questi possiamo trovare "Segni di autolesionismo", un programma scolastico che si concentra sul miglioramento della conoscenza dell'autolesionismo non suicidario, sul

miglioramento degli atteggiamenti e dei comportamenti relativi alla ricerca di aiuto e sulla riduzione della frequenza di autolesionismo non suicidario (5); un secondo progetto sviluppato è “The signs of self-injury” (SOSI), dimostratosi efficace, nella scuola superiore, nell’incrementare la conoscenza su questo disturbo, migliorare la capacità di ricercare aiuto e ridurre gli atti autolesivi (38).

Questi progetti sono finalizzati a:

- aumentare la conoscenza delle capacità di coping adattivo;
- migliorare le strategie di regolazione delle emozioni (per es. esercizio);
- migliorare le connessioni sociali all’interno della famiglia, delle scuole e delle comunità;
- incoraggiare il comportamento adattivo di ricerca di aiuto.
- implementare la comunicazione sul disagio e sulla necessità di cure per la salute mentale;
- aumentare la conoscenza dell'autolesionismo non suicidario tra il personale scolastico, i genitori e altri adulti presenti all’interno dell’ambiente scolastico che potrebbero essere in grado di identificare i segni di angoscia e di agire per un'adeguata assistenza ai giovani (5);
- migliorare la conoscenza riguardo i sintomi e i segnali di allarme di questo disturbo;
- migliorare gli atteggiamenti e la capacità di risposta nei confronti di studenti, o di coetanei, che compiano atti autolesivi;
- migliorare la disponibilità a cercare un aiuto, per sé o per i compagni;
- diminuire il numero degli agiti autolesivi (38);

Il personale scolastico, compreso insegnanti e adulti in generale che lavorano e collaborano all'interno dell'ambiente scolastico, svolge un ruolo fondamentale nell'aiutare gli adolescenti a sviluppare comportamenti sani e nella prevenzione dell'autolesionismo.

Essere a conoscenza e consapevoli dei fattori di rischio che possono contribuire al comportamento autolesionista è essenziale per la prevenzione, pertanto, è opportuno rendere consapevole il personale scolastico sull’esistenza di questo genere di comportamento e su come identificare i fattori di rischio o le caratteristiche cliniche.

Ad esempio, insegnare loro a riconoscere i segni e i sintomi della depressione negli adolescenti può contribuire alla prevenzione dell'autolesionismo (13).

Oltre a questo, è di grande importanza a livello scolastico la prevenzione dei comportamenti suicidari, considerando che l'autolesionismo è uno dei principali fattori di rischio del suicidio.

Diversi studi randomizzati indicano che i programmi di prevenzione somministrati nelle scuole possono contribuire a ridurre i tentativi di suicidio tra gli studenti. Un programma di sensibilizzazione dei giovani addestra gli studenti a riconoscere i sintomi della depressione e del potenziale rischio di suicidio in sé stessi e negli altri, incoraggiando il coping adattivo e la ricerca di un appropriato aiuto e sostegno (4). Anche all'interno di questi programmi è necessario coinvolgere docenti, genitori e adulti presenti all'interno dell'ambiente scolastico poiché possono svolgere un ruolo fondamentale nel riconoscimento del rischio di suicidio tra gli studenti.

2.2.7.2. Prevenzione basata sulla comunità

In aggiunta ad una prevenzione a livello scolastico, è possibile attuare interventi anche all'interno delle comunità per i giovani con difficoltà; gli obiettivi di questa tipologia di prevenzione sono molto simili a quelli rilevati per la forma di profilassi precedentemente descritta.

Uno dei programmi che si concentra sulla prevenzione dei comportamenti suicidari all'interno delle comunità è il "Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program" (4), nato negli Stati Uniti d'America. Questo programma a breve termine include diversi approcci, tra cui la formazione dei "guardiani", ovvero individui come insegnanti e medici di base, per identificare i giovani a rischio di suicidio e indirizzarli verso l'aiuto necessario. Il programma include anche l'istruzione, lo screening e le linee guida per le emergenze psichiatriche (4).

È importante sottolineare che i risultati di questo programma sono stati vantaggiosi solo per un breve periodo di tempo, ne deriva che diventa essenziale impegnarsi in sforzi continui nel tempo per mantenere gli effetti positivi e i benefici della prevenzione dei comportamenti suicidari nelle comunità per adolescenti con difficoltà.

2.2.8. Gestione e trattamento

Nel caso in cui le strategie di prevenzione non fossero sufficienti, sarà necessario mettere in atto adeguati piani di gestione e trattamento degli adolescenti autolesivi.

Purtroppo, i dati indicano che vi è una bassa partecipazione al follow-up successivo al primo evento acuto di autolesione, con un'adesione stimata inferiore al 50% (27).

La maggior parte dei pazienti che praticano autolesionismo non suicidario, in generale, non cerca un trattamento (5), il che limita significativamente la possibilità di aiutare questa tipologia di pazienti. Le ragioni di questa scarsa adesione alle cure non sono ancora del tutto comprese.

Alla base della gestione e del trattamento degli adolescenti autolesivi vi è il concetto fondamentale di relazione d'aiuto. Per poter creare una relazione di aiuto efficace e avviare un percorso terapeutico adeguato, è necessario considerare alcuni fattori predisponenti che includono una genitorialità competente, un'interazione positiva tra un adolescente e almeno un genitore, una comprensione approfondita della depressione e dell'automutilazione come fenomeni, il supporto e l'assistenza agli adolescenti nell'affrontare i problemi della vita, il riconoscimento dell'autolesionismo e la capacità di porre domande a riguardo.

La presa in carico del paziente si basa sui seguenti punti:

1. base di cura: gli elementi fondamentali della cura sono stati descritti come il rispetto dell'individualità, un atteggiamento e delle competenze professionali, compresa la capacità di costruire un contatto interattivo con l'adolescente, nonché una conoscenza di base dell'automutilazione come fenomeno e la capacità di discuterne. Essere consapevoli e possedere le conoscenze necessarie riguardo l'automutilazione dovrebbero costituire una base fondamentale per tutti i professionisti sanitari al fine di gestire al meglio questa problematica;
2. obiettivi della cura: gli obiettivi della cura vengono suddivisi in due sfere, ovvero quella mentale e quella fisica. Inizialmente è preferibile alleviare la situazione ed evitare ulteriori traumi, successivamente sarà possibile aiutare

l'adolescente a comprendere il suo comportamento e a trovare una comprensione condivisa di questo comportamento;

3. contenuto della cura: il contenuto della cura riguarda la presa in carico olistica del paziente ovvero la presa in carica totale e completa (13).

A seguito della presa in carico del paziente e della definizione delle diverse parti che la compongono, possiamo descrivere le varie tipologie di trattamento accomunate dai seguenti elementi:

- educare i pazienti e i familiari sull'autolesionismo non suicidario (psicoeducazione);
- discutere la motivazione per il trattamento;
- identificare e affrontare i fattori cognitivi, comportamentali ed emotivi che portano all'attivazione e al mantenimento l'autolesionismo non suicidario, comprese le funzioni specifiche del comportamento;
- insegnare nuove abilità e comportamenti per sostituire l'autolesionismo non suicidario come mezzo per affrontare l'angoscia, regolare le emozioni negative e ottenere le conseguenze sociali desiderate. Queste nuove abilità includono:
 - capacità di risoluzione dei problemi;
 - efficacia interpersonale e capacità di comunicazione;
 - ristrutturazione cognitiva (per es. cambiare i pensieri negativi su sé stessi);
 - consapevolezza e allenamento della respirazione;
 - capacità di tolleranza al disagio e di regolazione emotiva adattiva (per. es. esercizio) (5).

La scelta del trattamento più adeguato si basa su diversi fattori ma per i pazienti che praticano autolesionismo non suicidario, è consigliabile che il trattamento proceda secondo la sequenza descritta di seguito. Inizialmente, essi ricevono la terapia di prima linea e progrediscono attraverso ogni fase fino a quando non risulta efficace:

- prima linea – terapia comportamentale dialettica adattata per gli adolescenti;
- seconda linea – terapia cognitivo comportamentale (CBT);
- terza linea – altra psicoterapia, come la psicoterapia psicodinamica che include una componente familiare, la psicoterapia interpersonale, la terapia familiare o la terapia di gruppo per la regolazione delle emozioni (5).

2.2.8.1. Trattamento di prima linea

Il trattamento iniziale per la gestione dei pazienti autolesivi che risulta essere maggiormente efficace è la terapia comportamentale dialettica.

Questa, nella sua forma tradizionale, consiste in un intervento intensivo che richiede una formazione approfondita per i terapeuti e comprende un numero relativamente elevato di sessioni (5).

Il trattamento è composto da molteplici terapie complementari che includono:

- terapia di gruppo per la formazione delle competenze;
- terapia individuale per dare priorità alla riduzione dei comportamenti autolesivi, affrontare le preoccupazioni dei singoli pazienti e aiutare le persone a implementare le abilità apprese in gruppo;
- coaching delle abilità con il terapeuta per telefono (5), questo solo in caso di necessità.

Uno studio randomizzato ha confrontato la terapia comportamentale dialettica con le cure abituali in pazienti ambulatoriali adolescenti con autolesionismo ripetitivo: i risultati di questo studio hanno evidenziato che, a seguito del trattamento, una valutazione prospettica del follow-up di un anno mostrava che il beneficio della terapia comportamentale dialettica persisteva. Il numero medio di episodi di autolesionismo era inferiore nel gruppo che seguiva questo genere di terapia rispetto al gruppo che non la seguiva (4).

2.2.8.2. Trattamento di seconda linea

Il trattamento di seconda linea, ovvero la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), viene attivata nel caso in cui il primo trattamento non sia stato efficace o se il paziente rifiuta la terapia comportamentale dialettica.

La CBT consiste in un trattamento manualizzato che combina strategie e tecniche della terapia cognitiva e della terapia comportamentale. Questo trattamento si concentra sulla sfera cognitiva e su quella comportamentale, andando a modificare il pensiero che sta alla base del comportamento e successivamente l'atto autolesivo che ne deriva.

Possiamo infatti suddividere il metodo in due parti:

1. con la terapia cognitiva vengono utilizzate delle tecniche per modificare i pensieri, le convinzioni e gli atteggiamenti disfunzionali o disadattivi che causano e mantengono l'autolesionismo non suicidario. Le tecniche includono la ristrutturazione cognitiva, in cui i pazienti esaminano la validità dei loro pensieri disfunzionali o disadattivi su sé stessi e lavorano per costruire affermazioni o spiegazioni alternative più accurate per la loro situazione;
2. con la terapia comportamentale ci si concentra sulla modifica degli antecedenti che possono portare all'autolesionismo non suicidario, ma anche sul modificare le conseguenze per ridurre il rinforzo del comportamento e aumentare l'allenamento delle abilità per sostituire l'autolesionismo non suicidario con un comportamento di coping alternativo, più adattivo (5).

2.2.8.3. Trattamento di terza linea

Se i primi due trattamenti non risultano efficaci, oppure il paziente li rifiuta entrambi, si possono seguire una serie di terapie alternative tra le quali possiamo trovare la psicoterapia, come la psicoterapia psicodinamica che include una componente familiare o la psicoterapia interpersonale.

2.2.8.4. Psicoterapia

Oltre ai trattamenti sopra citati, secondo alcuni studi randomizzati e controllati la psicoterapia può ridurre l'autolesionismo intenzionale negli adolescenti.

I principi generali che stanno alla base della psicoterapia sono i seguenti:

- affrontare le interazioni familiari o implementare il supporto non familiare;
- fornire più sessioni di trattamento;
- affrontare l'abuso di alcol e sostanze quando clinicamente indicato;
- discutere la motivazione per il trattamento;
- quando le crisi suicidarie si ripresentano, iniziare il trattamento rapidamente e con maggiore intensità;
- coordinare il trattamento somministrato da più medici (4).

È possibile distinguere tra (4, 5):

- terapia psicodinamica: questa terapia spesso è parte integrante del percorso di cura insieme alla terapia familiare, della quale verrà discusso successivamente.

Tratta della mentalizzazione, ovvero della capacità di comprendere i propri stati mentali (pensieri e sentimenti) e gli stati mentali degli altri, e di come i pensieri e i sentimenti siano alla base del comportamento. Il risultato di questa terapia sembra migliorare gli esiti dell'autolesionismo, potenziando la qualità dell'attaccamento tra gli adolescenti e i loro genitori e migliorando la capacità di mentalizzare;

- terapia familiare: considerata singolarmente non sembra portare a risultati significativi ma può essere associata ad altri percorsi di cura, come la psicoterapia psicodinamica menzionata precedentemente oppure i trattamenti di prima e seconda linea. Pertanto, una componente familiare nel piano di trattamento per gli adolescenti che praticano autolesionismo non suicidario sembra essere importante, ma la terapia familiare da sola potrebbe non essere sufficiente per ridurre questo genere di comportamento;
- psicoterapia di gruppo: non sembra essere efficace per ridurre l'autolesionismo negli adolescenti ma questo trattamento include elementi di terapia dell'accettazione e dell'impegno, oltre a elementi di terapia comportamentale dialettica, e si concentra sullo sviluppo delle abilità per accettare e regolare le emozioni negative, come ad esempio rabbia, ansia e depressione, nonché per identificare e perseguire obiettivi importanti. I suoi esiti risultano essere contrastanti e inefficaci.

Nel caso in cui i trattamenti di prima, seconda e terza linea non fossero efficaci, si può prendere in considerazione l'associazione della psicoterapia con la farmacoterapia aggiuntiva (5).

Per concludere, le terapie con il maggiore effetto clinico includono la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia comportamentale dialettica e la terapia basata sulla mentalizzazione (4).

2.3. Ruolo infermieristico nell'assistenza

Il ruolo infermieristico nell'assistenza ai pazienti con comportamenti autolesivi risulta essere di estrema importanza. La letteratura identifica l'infermiere quale attore fondamentale, in quanto professionista sanitario in grado di integrare maggiormente l'abilità assistenziale con la competenza relazionale in un rapporto di prossimità (27).

Ciò vale sia in ambito ospedaliero che in ambito emergenziale; infatti, gli infermieri del pronto soccorso, sono in prima linea nel fornire cure iniziali ai pazienti che presentano atti di autolesionismo (32).

Questi utenti rappresentano delle sfide uniche per la professione infermieristica poiché il loro comportamento genera un meccanismo di sollievo per loro stessi e richiede quindi una vigilanza ed una supervisione costante (9).

Anche nei contesti emergenziali, mantenere la sicurezza dei pazienti dovrebbe essere una priorità per il personale infermieristico, considerando il rischio che un paziente in una crisi acuta possa compiere altri comportamenti potenzialmente dannosi per la sua salute, sarebbe quindi necessario rimuovere forniture e attrezzature mediche potenzialmente dannose dall'ambulatorio in cui vengono valutati i pazienti (4). Tuttavia, in questi specifici contesti, gli infermieri talvolta hanno la sensazione di non avere le competenze e le conoscenze necessarie e di non essere ben preparati per valutare e gestire i pazienti con problemi di salute mentale (32). Questo porta spesso ad un "evitamento" di tali pazienti, i quali rappresentano un elevato costo emotivo (11).

Ciò costituisce un problema molto rilevante, in quanto gli infermieri sono la prima figura sanitaria con cui i pazienti che compiono atti autolesivi si interfacciano e quella con cui avranno più contatti durante una degenza ospedaliera o all'interno di un contesto sanitario. Pertanto, il comportamento e gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti del paziente saranno fondamentali poiché gli utenti della salute mentale spesso si sentono stigmatizzati dalla società (18) e cercano supporto e comprensione da parte del personale sanitario.

Il modo in cui gli infermieri rispondono e supportano coloro che si autolesionano può avere un impatto significativo sui risultati clinici per questa tipologia di pazienti e influire notevolmente sulle loro intenzioni di cercare aiuto in futuro (8). Inoltre, risulta essere particolarmente preoccupante il basso livello di partecipazione ai follow-up successivi al primo evento acuto di autolesione, con una stima di adesione inferiore al 50% (27). Questo può dipendere ed essere influenzato notevolmente anche dall'esperienza che i pazienti hanno vissuto all'interno di un contesto sanitario.

2.3.1. Come migliorare la relazione d'aiuto

Al fine di migliorare la relazione d'aiuto tra il personale infermieristico e i pazienti che praticano autolesionismo, gli infermieri possono adottare alcune strategie.

Uno studio suggerisce che gli infermieri dovrebbero condurre una valutazione attenta dei propri pazienti tenendo conto di diversi eventi precipitanti che includono le emozioni e le cognizioni che accompagnano l'autolesionismo, i fattori che potenziano o ritardano il comportamento, una descrizione dell'atto stesso, gli obiettivi e i benefici che il paziente cerca attraverso queste condotte, nonché i risultati negativi e i fattori aggravanti che potrebbero essere controllabili (6) e gestibili dall'infermiere.

Un secondo studio ha evidenziato che alla base di una buona relazione d'aiuto, è essenziale ascoltare attentamente la storia della persona e costruire una relazione di fiducia (11). Questo permette di valutare i segnali e gli indicatori dei comportamenti autolesivi e di contribuire a prevenirli. Tuttavia, è importante notare che gli infermieri possono spesso sentirsi preoccupati di peggiorare la situazione se parlano dei comportamenti autolesivi o di ciò che li può aver provocati. Ma in realtà, in un approccio terapeutico, essere diretti è spesso considerato la cosa più importante e utile. Fare domande dirette per valutare il grado di intenzione suicidaria e la probabilità di ulteriori tentativi possono essere strategie di valutazione positiva e funzionale (11).

2.3.2. La formazione per il miglioramento degli esiti assistenziali

La letteratura evidenzia chiaramente la necessità di programmi educativi specifici e pertinenti per il personale infermieristico che lavora con giovani che si autolesionano (21). Questi programmi dovrebbero trattare l'autolesionismo fornendo conoscenze e competenze essenziali per comprendere questa problematica. In particolare, è stata sottolineata una carenza di una formazione specifica sull'autolesionismo all'interno dei programmi di formazione infermieristica universitaria (8); inoltre è stata osservata una differenza di conoscenze riguardanti questo argomento tra coloro che hanno un'istruzione di livello universitario rispetto a chi possiede un diploma infermieristico (10).

Diverse pubblicazioni concordano nel sostenere che gli infermieri non dispongono delle conoscenze necessarie per lavorare con questo gruppo di pazienti, e che necessitano di ulteriore formazione e supporto (6).

In uno studio descrittivo qualitativo riguardante le esperienze degli infermieri che operano nell'ambito della salute mentale e che lavorano con l'autolesionismo ripetuto, sono stati intervistati alcuni professionisti tramite un colloquio semi-strutturato sviluppato su due tematiche principali: le percezioni dei partecipanti e la comprensione dell'autolesionismo ripetuto e il processo di apprendimento per lavorare con l'autolesionismo ripetuto. I risultati hanno evidenziato che gli infermieri hanno difficoltà nel comprendere il motivo per cui una persona si autolesiona, esprimendo il desiderio di "imparare e scoprire perché" (8). Comprendere, esaminare e prestare attenzione alle ragioni dell'autolesionismo risulta essere molto importante, poiché l'incapacità di farlo può portare all'uso di altri metodi potenzialmente dannosi e non efficaci (20). La frustrazione dovuta a questo deficit di formazione specialistica era evidente nelle narrazioni di molti partecipanti e coloro i quali avevano intrapreso studi post-laurea che includevano moduli specifici sull'argomento, hanno parlato dell'effetto positivo che questa formazione ha avuto sulle loro percezioni ed esperienze quando lavorano con persone autolesioniste (8).

Bisogna quindi, sottolineare il fatto che una mancanza di conoscenza e comprensione da parte degli operatori sanitari sull'eziologia e sugli scopi dell'autolesionismo contribuisce a una percezione negativa degli individui che si autolesionano (19) compromettendo il loro percorso terapeutico.

In conclusione, affinché gli infermieri siano agenti terapeutici efficaci, è necessario un lavoro di base indispensabile prima che prendano contatto con il cliente (15). È fondamentale, quindi, che gli infermieri abbiano una formazione che fornisca loro le conoscenze, le competenze e la fiducia necessarie per migliorare il trattamento dei pazienti autolesionisti (29) garantendo un'assistenza olistica e di qualità. Una via da seguire sembrerebbe essere quella di fornire, da parte dei datori di lavoro, accesso a spazi strutturati, tempo e opportunità per apprendere e riflettere su esperienze di cura, reazioni personali, atteggiamenti e comportamenti alla luce dell'attuale comprensione dell'autolesionismo (22).

La qualità dell'assistenza infermieristica, oltre che dalla formazione, può comunque trarre beneficio da:

- forum clinici in cui gli operatori sanitari possono apertamente discutere delle loro convinzioni personali e dei loro valori in relazione all'automutilazione e

all'autolesionismo in generale. Questo approccio mira a prevenire pregiudizi non necessari che potrebbero ostacolare il progresso terapeutico. La giusta preparazione clinica e una maggiore conoscenza e comprensione nei confronti di questi pazienti può portare al corretto trattamento da parte del personale infermieristico e a un miglioramento del loro percorso terapeutico;

- supervisioni cliniche;
- aiuto e supporto condiviso tra colleghi (15);
- programmi digitali, composti da “oggetti di apprendimento riutilizzabili” (RLO: “blocchi” brevi, autonomi e mirati di e-learning, sostenuti dalla teoria dell'apprendimento che comprende contenuti multimediali, attività e autovalutazione; al loro interno possiamo trovare contenuti multimediali per aumentare l'interesse, come i video di giovani attori che raccontano le esperienze di pazienti autolesionisti ricoverati in ospedale) (17);
- workshop/i gruppi di lavoro;
- seminari (16);
- introduzione di un infermiere specializzato, di scale di triage e di linee guida specifiche per l'ambito della salute mentale in pronto soccorso (33);

2.4. Esperienze assistenziali

2.4.1. Esperienze del personale infermieristico

È importante non trascurare le percezioni del personale infermieristico impiegato in questa assistenza specialistica per comprendere quali possano essere le problematiche che ne stanno alla base.

Gli atteggiamenti che gli infermieri hanno nei confronti dei pazienti con questi comportamenti sono particolarmente importanti affinché i pazienti possano fidarsi e ricevere cure e trattamenti ottimali (19). Una risposta di rifiuto o di ostilità da parte del personale sanitario può indurre ulteriori episodi autolesivi oppure dei comportamenti suicidari (31).

Gli infermieri riferiscono di sentirsi frustrati, impotenti, incerti e ansiosi quando lavorano con persone che attuano comportamenti di autolesionismo, poiché questo comportamento viene percepito come imprevedibile e scioccante (18).

In alcuni studi è emerso che le emozioni evocate nel personale infermieristico

che assiste un adolescente che si automutila variano dall'impotenza alla rabbia, soprattutto quando l'atto si ripete più volte (13), nonostante la loro assistenza e il loro aiuto. Questi comportamenti sono molto frequenti in questa tipologia di pazienti, trattandosi del sintomo di una componente auto-distruttiva che caratterizza la loro condizione. Tuttavia, ciò regolarmente sciocca e demoralizza il personale infermieristico che ha investito risorse ed energie nello sviluppo di un rapporto di fiducia, e di conseguenza si crea la sensazione che i loro sforzi per aiutare il paziente siano stati inutili (15).

Spesso i pazienti autolesionisti vengono percepiti come “non meritevoli” delle cure perché autori delle loro stesse ferite, inoltre, alcuni infermieri li considerano persone manipolatrici e li ritengono una perdita di tempo (18), interpretando i loro comportamenti come un tentativo di attirare l'attenzione o come una tattica per influenzare le loro cure o l'ambiente circostante (8). Di conseguenza, gli infermieri faticano a concettualizzare il comportamento autolesionista e riferiscono che lavorare con l'autolesionismo è stressante in termini di gestione e di impatto emotivo (7). Inoltre, spesso si sentono inadeguati e incapaci di prendersi cura di queste persone (18), poiché ritengono di non avere le competenze necessarie per la gestione adeguata di questo genere di paziente.

Gli infermieri che svolgono il loro lavoro in ambiti emergenziali, inoltre, sperimentano livelli più elevati di negatività nei confronti dei pazienti che si autolesionano. Questo può essere attribuito a una formazione e un'istruzione inefficienti relativamente alla gestione di questi pazienti, specialmente in relazione ai loro bisogni psicologici (30). Inoltre, trattandosi di contesi molto dinamici e impegnativi, quando si presenta un paziente con agiti autolesivi l'infermiere tende a trascurare le sue necessità, non considerandole urgenti, facendolo aspettare, prendendo le distanze, esprimendo evidenti espressioni di ambivalenza, angoscia, frustrazione, rabbia, paura e impotenza non riuscendo a provare empatia e a mantenere la sicurezza all'interno del contesto emergenziale (31). Questa mancanza di fiducia accentua gli atteggiamenti negativi che gli infermieri del pronto soccorso mantengono nei confronti di questi pazienti e porta a dare loro una bassa priorità (32), con conseguenti ripercussioni significative sul percorso terapeutico di questi utenti.

In conclusione, l'assistenza di questo genere di pazienti non risulta mai semplice poiché costituiscono un carico emotivo rilevante per l'infermiere, portandolo ad un elevato rischio di soffrire di "compassion fatigue" (condizione molto simile al burnout e al disturbo post traumatico da stress che si manifesta con una ridotta performance lavorativa, stanchezza emotiva e fisica, stress e morale diminuito) e burnout, problematiche che sicuramente influiscono negativamente sulla sua capacità di empatia e, di conseguenza, sulla corretta gestione dei pazienti. (19).

2.4.2. Esperienze del paziente autolesionista

Risulta altresì rilevante soffermarsi anche su come i pazienti percepiscono l'intervento infermieristico e come questo può influire positivamente o negativamente sulla loro situazione.

In uno studio è emerso che i pazienti autolesionisti ritengono utile parlare con gli infermieri, anche se talvolta quest'ultimi non sempre si dimostrano disponibili (6), affrontando la situazione in modo superficiale e veloce. Questa percezione può generare frustrazione nel paziente, facendolo sentire poco compreso dagli infermieri e pensando di essere solo un peso o di essere visto come un fallimento, (6) ricevendo poco aiuto per risolvere le proprie problematiche.

In un altro studio i pazienti che avevano praticato autolesionismo hanno descritto il personale infermieristico come giudicante, privo di ascolto e privo di conoscenze sufficienti (19).

Dal punto di vista del paziente con NSSI, una relazione positiva con il personale sanitario è fondamentale per mantenerli motivati nel proseguire il trattamento ed eventualmente cercare un ulteriore aiuto futuro (19). D'altra parte, atteggiamenti negativi da parte del personale sanitario possono suscitare risposte emotive negative nei pazienti e portarli a considerare indesiderabile il contatto con l'assistenza sanitaria (18).

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE

La revisione di letteratura presentata ha analizzato il ruolo infermieristico nell'assistenza dei pazienti autolesionisti, analizzando i comportamenti e gli atteggiamenti che gli infermieri adottano nei loro confronti, le loro esperienze e le strategie per poter migliorare gli esiti dell'assistenza infermieristica.

I comportamenti autolesivi coinvolgono un numero sempre più elevato di ragazzi con una prevalenza tra il 15% e il 46% tra gli adolescenti, con un esordio tra i 13 e i 14 anni (27). Si tratta di una tematica di notevole importanza per la salute pubblica, poiché l'autolesionismo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per il comportamento suicidario. Pertanto, gestire efficacemente questa problematica è fondamentale al fine di prevenire un successivo suicidio, specialmente tra la popolazione giovanile.

I comportamenti autolesivi si manifestano più comunemente attraverso forme come il taglio della pelle, le bruciature e graffi gravi (1). Questi atti vengono eseguiti ripetutamente e in modo superficiale, poiché l'intenzione non è quella di togliersi la vita, ma piuttosto quella di arrecarsi dolore o danni superficiali come un mezzo per affrontare le emozioni negative ad esempio ansia e angoscia, o di punire sé stessi (3).

Risulta importante sottolineare che l'autolesionismo si manifesta più comunemente nei pazienti che presentano dei disturbi psichiatrici rispetto a coloro che non ne presentano, tra questi disturbi quelli che troviamo maggiormente associati a questa problematica sono: disturbo borderline della personalità, disturbo della personalità antisociale, autismo (26), disturbi d'ansia come il disturbo d'ansia generalizzato, disturbo della condotta e disturbo oppositivo provocatorio, disturbi depressivi, disturbi alimentari, disturbo da stress post-traumatico e i disturbi da uso di sostanze (3).

I fattori di rischio per questo genere di agiti coinvolgono gli aspetti biologici, psicologici e sociali i quali, coesistendo, possono contribuire allo sviluppo del comportamento autolesivo. L'ampia diffusione e l'uso crescente dei social media tra i giovani possono anch'essi rappresentare un possibile fattore di rischio poiché espongono gli adolescenti a contenuti riguardanti l'autolesionismo o il suicidio e li

mettono a rischio di vivere esperienze negative come il cyberbullismo (27) e l'isolamento sociale (34).

Nonostante vi siano descrizioni precise delle cause e delle caratteristiche di questo genere di condotta, attualmente non è possibile pronunciare una diagnosi ben definita. Per poterlo fare bisogna, in primo luogo, escludere il comportamento suicidario e, in secondo luogo, valutare il comportamento. Questi risultano passaggi fondamentali prima di poter iniziare un trattamento.

È importante tenere in considerazione il rischio di ideazione suicidaria in questo tipo di pazienti, poiché è molto frequente in questa popolazione. Gli studi indicano che 1 paziente su 25 tra coloro che si presentano al pronto soccorso con autolesioni morirà per suicidio nei 10 anni successivi alla presentazione iniziale (8). Pertanto, è necessario condurre una valutazione del rischio di ideazione suicidaria per tutti i pazienti che presentano condotte autolesive e solitamente questo genere di valutazione viene attuata con una serie di domande, le risposte alle quali possono permettere di stabilire il possibile rischio e di conseguenza attivare una più ampia valutazione.

Al fine di evitare che questo genere di comportamento venga messo in atto ed evitare una possibile azione autosoppressiva, risulta fondamentale la prevenzione. Attualmente non è una pratica molto diffusa, ma diversi studi hanno evidenziato che attuare degli interventi a livello scolastico e all'interno delle comunità per adolescenti in difficoltà può permettere di conseguire esiti sufficientemente positivi per evitare questo genere di comportamenti e per aumentare le competenze, non solo dei giovani, ma anche dei genitori e degli insegnanti, per saper riconoscere e gestire questa tipologia di problematica. Purtroppo, le pratiche preventive da sole, con la loro scarsa diffusione, non sono sufficienti, di conseguenza, sono necessari dei trattamenti specifici per la gestione degli agiti autolesivi, basandosi principalmente su tre generi di terapie: la terapia comportamentale dialettica, la terapia cognitivo comportamentale e le psicoterapie che, nei casi più problematici, possono essere associate ad una farmacoterapia.

Alla base di ogni trattamento troviamo la relazione d'aiuto e la presa in carico

globale del paziente: in questo contesto l'infermiere recita una parte fondamentale, essendo la figura professionale in prima linea nell'erogazione dell'assistenza sia in un contesto clinico ordinario, sia in un contesto emergenziale come il pronto soccorso.

Il ruolo di questo professionista risulta essere di primaria importanza poiché il modo in cui si approccia al paziente può avere un impatto significativo sui risultati del suo percorso di cura e sulle sue intenzioni di cercare aiuto in futuro (8). Inoltre, se il paziente non viene assistito adeguatamente, può perdere fiducia nei confronti del personale sanitario ed esporsi, di conseguenza, ad ulteriori ricadute le quali, nei casi più drammatici, possono provocarne la morte accidentale. Nonostante ciò, a volte gli infermieri tendono ad avere comportamenti e atteggiamenti negativi sentendosi frustrati, impotenti, incerti e ansiosi quando lavorano con persone che attuano comportamenti di autolesionismo (18). Questo è dovuto al fatto che non si sentono sufficientemente preparati e dotati delle conoscenze adeguate per assistere al meglio questa tipologia di utenza, sempre più numerosa negli ultimi anni.

La formazione potrebbe rappresentare la soluzione ideale per poter preparare gli infermieri ad assistere il soggetto che attua condotte autolesioniste. Diversi studi hanno dimostrato l'effetto positivo che la formazione ha avuto sulla percezione e sulla gestione di questa tipologia di paziente, portando gli infermieri ad avere degli atteggiamenti più positivi quando questi avevano ricevuto un'educazione sull'autolesionismo in passato (18).

Oltre alla formazione, altre strategie operative possono migliorare l'assistenza infermieristica tra le quali vi sono: forum clinici, supervisioni cliniche, aiuto e supporto condiviso tra i colleghi, programmi digitali, workshop, seminari e l'introduzione di un infermiere specializzato, di scale di triage e di linee guida specifiche per l'ambito della salute mentale in pronto soccorso (15,16,17, 33).

3.1. Limiti dello studio.

Un limite rilevante per il presente elaborato è rappresentato dalla scarsa disponibilità di evidenze relativamente all'assistenza infermieristica agli utenti autolesionisti; tale carenza ha limitato in misura rilevante la ricerca bibliografica. Inoltre, in molti studi viene evidenziata l'esigenza di dover approfondire la questione

in futuro, ampliando il campione di ricerca sia del numero di infermieri, sia del numero di pazienti autolesionisti da prendere in considerazione.

3.2. Significatività per la professione

Considerando il notevole incremento di casi negli ultimi anni, relativi a questo genere di problematica, è fondamentale ampliare le conoscenze degli infermieri e accrescere la loro fiducia e sicurezza in questo ambito al fine di garantire una presa in carico globale e olistica, in assenza di pregiudizi o stigmatizzazione. Ciò potrebbe portare il paziente ad avere una maggior fiducia nei confronti del sistema sanitario e ad aumentare la sua adesione ai percorsi terapeutici, con conseguente possibile riduzione del numero di suicidi tra i giovani.

Tuttavia, ciò sarebbe possibile solo se gli infermieri ricevessero la formazione adeguata per gestire questa tipologia di utenti. Pertanto, sarebbe necessario non solo l'ampliamento dei percorsi formativi a livello universitario, ma anche la messa a disposizione, da parte dei datori di lavoro, di un accesso a spazi strutturati, tempo e opportunità per apprendere e riflettere su esperienze di cura, reazioni personali, atteggiamenti e comportamenti alla luce dell'attuale comprensione dell'autolesionismo (22).

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

L'autolesionismo è una problematica che colpisce un numero sempre più elevato di giovani. Diversi studi epidemiologici dimostrano che dal 40% all'80% delle vittime di suicidio si sono procurate atti di autolesionismo in passato (35); si presuppone, pertanto, che il corretto trattamento di questa tipologia di pazienti possa contribuire a prevenire eventi più drammatici.

Gli infermieri possono svolgere un ruolo fondamentale nel garantire la migliore assistenza a questi pazienti, influenzando positivamente la loro aderenza terapeutica e, nei casi migliori, gli esiti della cura.

L'ambito emergenziale potrebbe rappresentare potenzialmente il punto di partenza per la presa in carico di questa utenza spesso reticente a rivolgersi al Sistema Sanitario e che, anche quando ricerca le cure in un Pronto Soccorso, a volte non rimane per il trattamento, viene persa al follow-up e viene dimessa senza riferimento (31). Questo a causa dei comportamenti e degli atteggiamenti degli infermieri che, in questo campo specialistico, spesso sono influenzati da pregiudizi e stigma, specialmente per il fatto che questo genere di paziente si autoinfligge le proprie ferite, il che li fa risultare come "non meritevoli" delle cure.

Un incremento della formazione potrebbe, invece, aiutare gli infermieri a comprendere che alla base di questi comportamenti non vi è un intento manipolatorio, ma bensì una richiesta di aiuto che può essere compresa e risolta nel modo più adeguato solo attraverso le conoscenze appropriate.

Risulta perciò indispensabile per la professione infermieristica lo sviluppo della formazione a livello universitario ma anche l'accesso a spazi strutturati, tempo e opportunità al fine di migliorare le proprie conoscenze in questo ambito, oltre a forum clinici, supervisioni cliniche, aiuto e supporto condiviso tra i colleghi, programmi digitali, workshop, seminari e l'introduzione di operatori specializzati, di scale di triage e di linee guida specifiche per l'ambito della salute mentale in pronto soccorso (15,16,17, 33). Strategie che possono integrare e completare la formazione di base del professionista sanitario in prima linea nell'erogazione di quell'assistenza basata sulle evidenze che può garantire i migliori esiti dei percorsi di cura.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Glenn C, Nock M. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: pathogenesis. 2023 Apr 15;1(1):116730.
2. Glenn C, Nock M. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: epidemiology and risk factor. 2023 Apr 15;2(2):116729.
3. Glenn C, Nock M. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: clinical features and proposed diagnostic criteria. 2023 Apr 25;3(3):116734.
4. Kennebeck S, Bonin L. Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: evaluation and management. 2023 Feb 10;4(4):63368.
5. Glenn C, Nock M. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: prevention and choosing treatment. 2023 Apr 15;5(5):82533.
6. O'Donovan Á, Gijbels H. Understanding Psychiatric Nursing Care with Nonsuicidal Self-Harming Patients in Acute Psychiatric Admission Units: The Views of Psychiatric Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006 Aug;20(4):186–92.
7. Baker N, Maude P. What Are Nursing Attitudes to Youth Who Engage in Self-Harm? An Integrative Review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020 Sep 1;42(5):473–83.
8. Murphy C, Keogh B, Doyle L. “There is no progression in prevention” – The experiences of mental health nurses working with repeated self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019 Jun 26;28(5):1145–54.
9. Sebree R, Popkess-Vawter S. Self-Injury Concept Formation: Nursing Diagnosis Development. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2009 Jan 16;27(2):27–35.
10. Carter T, Latif A, Callaghan P, Manning JC. An exploration of predictors of children's nurses' attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural intentions towards children and young people who self-harm. *Journal of Clinical Nursing*. 2018 Apr 19;27(13-14):2836–46.
11. Cooper MA, Glasper EA. Deliberate self-harm in children: the nurse's therapeutic style. *British Journal of Nursing*. 2001 Jan 11;10(1):34–40.

12. Corser R, Ebanks L. Introducing a nurse-led clinic for patients who self-harm. *Journal of Wound Care*. 2004 May;13(5):167–70.
13. Rissanen ML, Kylma J, Laukkanen E. Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012 Apr 2;33(4):251–62.
14. Anderson M, Woodward L, Armstrong M. Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *International Nursing Review*. 2004 Nov 3;51(4):222–8.
15. Burrow S. Nursing management of self-mutilation. *British Journal of Nursing*. 1994 Apr 28;3(8):382–6.
16. Manning JC, Latif A, Carter T, Cooper J, Horsley A, Armstrong M, et al. “Our Care through Our Eyes”: a mixed-methods, evaluative study of a service-user, co-produced education programme to improve inpatient care of children and young people admitted following self-harm. *BMJ Open*. 2015 Dec;5(12): e009680.
17. Manning JC, Carter T, Latif A, Horsley A, Cooper J, Armstrong M, et al. “Our Care through Our Eyes”. Impact of a co-produced digital educational programme on nurses’ knowledge, confidence and attitudes in providing care for children and young people who have self-harmed: a mixed-methods study in the UK. *BMJ Open*. 2017 May;7(4): e014750.
18. Karman P, Kool N, Poslawsky IE, van Meijel B. Nurses’ attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014 Dec 9;22(1):65–75.
19. Pintar Babič M, Bregar B, Drobnič Radobuljac M. The attitudes and feelings of mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2020 Sep 22;14(1).
20. Thomas JB, Haslam CO. How people who self-harm negotiate the inpatient environment: the mental healthcare workers perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017 May 19;24(7):480–90.

21. Dickinson T, Hurley M. Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*. 2011 Jun 29;68(1):147–58.
22. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007 Aug;14(5):438–45.
23. Jacobson CM, Gould M. The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*. 2007 Mar 21;11(2):129–47.
24. Claes L, Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*. 2007 Mar;48(2):137–44.
25. George M. The Importance of Social Media Content for Teens' Risks for Self-harm. *Journal of Adolescent Health*. 2019 Jul;65(1):9–10.
26. Moutier C. Autolesionismo non suicidario - Disturbi psichiatrici [Internet]. *Manuali MSD Edizione Professionisti*. 2023.
Available from:
<https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicidario-e-atto-autolesionistico/autolesionismo-non-suicidario>
27. Portatadino S, Bergomi P, Maiandi S. Organo ufficiale di stampa ordine professioni infermieristiche giornale italiano di infermieristica, assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età. L'autolesionismo dell'adolescente, revisione della letteratura dei fattori di rischio e degli interventi di prevenzione. 2022 Jan; n. 29 (2019): 64.
28. Malachini M. Autolesionismo in adolescenza e nei giovani adulti: la disregolazione emotiva [Internet]. *State of Mind*. 2015.
Available from:
<https://www.stateofmind.it/2015/12/autolesionismo-adolescenza-disregolazione-emotiva/>

29. McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *International Emergency Nursing*. 2010 Jan;18(1):29–35.
30. Rayner G, Blackburn J, Edward K, Stephenson J, Ousey K. Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018 Nov;28(1):40–53.
31. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*. 2002 Nov 18;40(5):578–86.
32. McCann TV, Clark E, McConnachie S, Harvey I. Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Apr 24;16(9):1704–11.
33. McCann T, Clark E, McConnachie S, Harvey I. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*. 2006 Jan;14(1):4–10.
34. Nesi J, Burke TA, Bettis AH, Kudinova AY, Thompson EC, MacPherson HA, et al. Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2021 Jul; 87:102038.
35. Lupariello F, Curti SM, Coppo E, Racalbuto SS, Di Vella G. Self-harm Risk Among Adolescents and the Phenomenon of the “Blue Whale Challenge”: Case Series and Review of the Literature. *Journal of Forensic Sciences*. 2018 Jul 23;64(2):638–42.
36. Mukhra R, Baryah N, Krishan K, Kanchan T. “Blue Whale Challenge”: A Game or Crime? *Science and Engineering Ethics*. 2017 Nov 11;25(1):285–91.
37. Oms: 1,2 milioni di morti tra gli adolescenti, in gran parte prevenibili. Per i maschi prima causa di morte sono gli incidenti stradali, per le femmine infezioni respiratorie e autolesionismo [Internet]. Onda - Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere. 2017.
Available from:
<https://fondazioneonda.it/it/oms-12-milioni-morti-gli-adolescenti-gran-parte-prevenibili-maschi-causa-morte-gli-incidenti-stradali-le-femmine-infezioni-respiratorie-autolesionismo/>

38. Luxardi GL. Prevenzione dell'autolesività non suicidaria (Non-Suicidal Self-Injury) [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 29].
Available from:
https://www.researchgate.net/profile/Gianluigi-Luxardi-2/publication/278026822_Prevenzione_dell'autolesivita_non_suicidaria_Non_Suicidal_Self-Injury/links/5579b5e508aeb6d8c02056e9/Prevenzione-dellautolesivita-non-suicidaria-Non-Suicidal-Self-Injury.pdf
39. Giannantonio M, Scapati F, Varia S, Balestrieri M, Malavolta M, De Lauretis I. Prevenzione del suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC Protocollo minimo di riferimento sul suicidio a cura del gruppo di lavoro coordinato da Massimo Casacchia, con [Internet]. [cited 2023 Oct 29].
Available from:
http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Protocollo%20Suicidio%2017%20ottobre%202013%20_2_.pdf
40. Grandi T. Suicidio e rischio suicidario [Internet]. EMPills - Pillole di medicina d'urgenza. 2014.
Available from:
<https://www.empillsblog.com/suicidio-rischio-suicidario/>

ALLEGATI

Allegato 1 - Descrizione degli articoli selezionati

ARTICOLO	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	CAMPIONE	INTERVENTO OGGETTO DELLO STUDIO	RISULTATI
<i>(6) Understanding Psychiatric Nursing Care with Nonsuicidal Self-Harming Patients in Acute Psychiatric Admission Units: The Views of Psychiatric Nurses</i>	Studio qualitativo	L'obiettivo di questo studio è quello di acquisire una comprensione delle pratiche degli infermieri psichiatrici in relazione alle persone che si autolesionano ma che non sono considerate suicide.	otto infermieri psichiatrici (sei donne, due uomini) di età compresa tra 25 e 55 anni.	Sono state effettuate interviste semistrutturate con otto infermieri psichiatrici. Queste interviste hanno trattato diversi temi, tra i quali vi è: la comprensione dell'autolesionismo da parte dei partecipanti, il loro approccio alla cura e i fattori nel contesto del ricovero psichiatrico acuto, che hanno avuto un impatto sulla loro cura.	Questo studio ha dimostrato che i partecipanti hanno trovato difficile descrivere chiaramente il proprio ruolo quando lavorano con persone che si autolesionano. Non esisteva uno schema coerente nella loro pratica, che è stata senza dubbio influenzata dalla mancanza di politiche e linee guida chiare a livello locale e nazionale
<i>(7) What Are Nursing Attitudes to Youth Who Engage in Self-Harm? An Integrative Review</i>	Revisione integrativa	L'obiettivo di questa revisione è esplorare la valutazione infermieristica dei giovani che si autolesionano	Infermieri che gestiscono pazienti giovani autolesionisti di età tra i 16 e i 25 anni	Questo documento esamina l'approccio alla valutazione e alla pianificazione da parte delle professioni sanitarie, in particolare dell'infermiere di salute mentale. La recensione mira a considerare l'esperienza infermieristica, la valutazione e i risultati. Questo documento esaminerà la conoscenza l'esperienza e la percezione che l'infermiere ha nei confronti del paziente autolesionista e a considerare degli interventi alternativi.	Per concludere, gli atteggiamenti verso l'autolesionismo sono complessi, multidimensionali e dipendenti da fattori esterni, compresi gli atteggiamenti degli altri. L'assistenza che richiedeva all'infermiere di impegnarsi in costanti osservazioni specialistiche era spesso incoerente e aveva un'efficacia limitata. Sebbene la relazione che l'infermiere ha con il giovane sia considerata importante, questa revisione ha mostrato che vi è una scarsità nella letteratura su questo particolare tema.

<p>(8) <i>'There is no progression in prevention' – The experiences of mental health nurses working with repeated self-harm</i></p>	<p>Studio descrittivo qualitativo</p>	<p>Questo studio descrittivo qualitativo mira a esplorare il modo in cui gli infermieri di salute mentale comprendono e lavorano con l'autolesionismo ripetuto.</p>	<p>Hanno partecipato nove infermieri</p>	<p>Nove infermieri che lavorano in una serie di contesti di salute mentale all'interno di un servizio hanno partecipato a interviste semi-strutturate che sono state analizzate tematicamente. I due temi riguardavano le percezioni dei partecipanti e la comprensione dell'autolesionismo ripetuto e il processo di apprendimento per lavorare con l'autolesionismo ripetuto.</p>	<p>I partecipanti hanno riferito che la pratica infermieristica relativa all'autolesionismo ripetuto rimane in gran parte focalizzata sul mantenimento della sicurezza e sulla prevenzione dell'autolesionismo nonostante l'identificazione che questo spesso non funziona. È stato accettato che a volte vi sia una mancanza di comprensione sulla funzione dell'autolesionismo; tuttavia, i partecipanti hanno riferito che la comprensione è aumentata in seguito a un'educazione specifica sull'autolesionismo</p>
<p>(10) <i>An exploration of predictors of children's nurses' attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural intentions towards children and young people who self-harm</i></p>	<p>Studio descrittivo trasversale</p>	<p>Esplorare i potenziali predittori dell'atteggiamento degli infermieri pediatrici e comprendere gli atteggiamenti, le conoscenze e la fiducia nella cura che hanno i bambini e i giovani ricoverati in ospedale per autolesionismo</p>	<p>È stato effettuato un campionamento mirato con tutti i bambini registrati e gli infermieri che lavorano in un ospedale pediatrico.</p>	<p>Sono stati raccolti una serie di dati riguardo e sono stati analizzati: gli atteggiamenti verso l'autolesionismo nel CYP, conoscenze dell'autolesionismo nel CYP, Autoefficacia nel lavorare con CYP che si sono autolesionati e intenzione comportamentale clinica</p>	<p>È stato riscontrato che gli infermieri con una maggiore esperienza e formazione hanno avuto degli atteggiamenti migliori nei confronti dei pazienti autolesionisti.</p>

<p><i>(13) Helping Self-Mutilating Adolescents: Descriptions of Finnish Nurses</i></p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Lo scopo di questo studio qualitativo era quello di descrivere le concezioni e le esperienze degli infermieri finlandesi nell'aiutare gli adolescenti che si automutilano.</p>	<p>Hanno partecipato nove infermieri</p>	<p>Sono state analizzate qualitativamente delle interviste e sono emersi quattro categorie principali trattate all'interno di questo articolo. La prima categoria comprende le opinioni degli infermieri sull'automutilazione. La seconda categoria descrive le persone che possono essere d'aiuto. La terza categoria descrive il contenuto dell'aiuto, che è costituito da una varietà di atti forniti da professionisti non sanitari. La quarta categoria descrive l'assistenza fornita dagli infermieri agli adolescenti che si automutilano.</p>	<p>Gli adolescenti che si automutilano hanno bisogno di aiuto e cure. Gli infermieri, per esempio, in ambito ambulatoriale potrebbero sentirsi in difficoltà nel creare un'interazione con questo genere di paziente. La fiducia tra l'adolescente che si automutila e la persona che lo aiuta è un requisito fondamentale dell'assistenza.</p>
<p><i>(18) Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review</i></p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>Lo scopo di questa revisione è stato quello di sviluppare una visione approfondita degli atteggiamenti degli infermieri verso l'autolesionismo e i fattori che influenzano questi atteggiamenti.</p>	<p>Questo studio include infermieri che lavorano nei dipartimenti di emergenza, nelle unità di ammissione medica, nelle unità forensi e nelle scuole secondarie.</p>	<p>All'interno di questo studio vengono analizzati i comportamenti degli infermieri nei confronti dei pazienti autolesionisti. Vengono presi in considerazione gli atteggiamenti positivi e negativi verso l'autolesionismo, i sentimenti di incompetenza, i fattori influenzanti e l'influenza dell'istruzione.</p>	<p>La letteratura dimostra che sono comuni gli atteggiamenti negativi verso i pazienti autolesionisti da parte del personale infermieristico. L'atteggiamento degli infermieri può essere migliorato con l'aiuto dell'educazione</p>

<p><i>(19) The attitudes and feelings of mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors</i></p>	<p>Studio quantitativo trasversale descrittivo</p>	<p>Lo scopo di questo studio è di esplorare i sentimenti e gli atteggiamenti degli infermieri che lavorano in diversi contesti ospedalieri psichiatrici nei confronti degli adolescenti e dei giovani adulti con autolesionismo non suicidario (NSSI).</p>	<p>i soggetti erano infermieri dell'ospedale psichiatrico terziario (n=76; 20 maschi, 56 femmine; età media 42±8 anni; esperienza lavorativa media 20±9 anni</p>	<p>Gli infermieri dell'Ospedale Psichiatrico Universitario di Lubiana, la più grande struttura psichiatrica ospedaliera e ambulatoriale in Slovenia, hanno compilato questionari self-report. Solo gli infermieri delle unità con la frequenza più alta di NSSI sono stati contattati e invitati a partecipare allo studio. Sono stati divisi in gruppi in base al genere, all'istruzione (istruzione alta o media), allo status religioso (attivo o meno) e al contesto lavorativo (contesto psicoterapeutico e non psicoterapeutico)</p>	<p>Gli intervistati hanno espresso bassi livelli di emozioni negative e atteggiamenti positivi e premurosi nei confronti dei pazienti con NSSI, indicando una buona predisposizione al lavoro empatico e alla prevenzione del burnout a lungo termine. Tuttavia, le differenze osservate per quanto riguarda l'istruzione, il genere e soprattutto l'ambiente di lavoro indicano le diverse esigenze di supporto ambientale, educativo e di supervisione</p>
<p><i>(21) Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm</i></p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Questo studio mirava a confrontare le dimensioni attitudinali rilevanti degli infermieri registrati (RN) e degli assistenti infermieristici (NA) che lavorano all'interno di un Young Offenders' Institute e in due unità forensi per giovani nel Regno Unito rispetto ai giovani affidati alle loro cure che praticano atti autolesivi.</p>	<p>Quarantasette infermieri professionali e 22 assistenti infermieristici</p>	<p>L'intervento trattato all'interno di questo studio consisteva nella somministrazione di un questionario autosomministrato la "Self-Harm Antipathy Scale" (SHAS) la quale è stata utilizzata per esplorare le dimensioni attitudinali di RN e NA. Il questionario utilizzava scale di tipo Likert e risposte a scelta multipla e la sezione finale invitava a una risposta qualitativa all'indagine. La parola specifica "antipatia" trasmette il senso di una reazione opposta all'empatia, il punto cruciale di una relazione efficace infermiere-paziente</p>	<p>Dato che le risposte riflettono un grado sia di empatia che di apatia, sembra che sia necessario promuovere maggiori alleanze terapeutiche e comunicazione; ad esempio, l'uso di una considerazione positiva per contribuire a ridurre l'incidenza dell'etichettatura e gli effetti negativi che questa ha sulle relazioni. Esiste una significativa necessità che il personale infermieristico che lavora con giovani che praticano atti di autolesionismo abbia accesso a programmi educativi pertinenti.</p>

<p>(27) <i>L'autolesionismo dell'adolescente</i></p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>L'obiettivo di questa revisione della letteratura è identificare i principali fattori di rischio dell'autolesionismo e le principali azioni preventive.</p>	<p>Bambini e adolescenti dai 0 ai 25 anni</p>	<p>Sono state analizzate diverse banche dati al fine di identificare i principali fattori di rischio dell'autolesionismo ed individuare le tecniche preventive più efficaci.</p>	<p>Sono stati selezionati 39 articoli: i principali fattori di rischio sono la nazionalità, le criticità della sfera familiare e amicale, il bullismo, l'abuso di alcol e droga e la concomitanza di patologie psichiatriche. L'infermiere scolastico risulta essere uno strumento efficace per la prevenzione dell'autolesionismo.</p>
<p>(29) <i>An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital</i></p>	<p>Studio quantitativo descrittivo</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di esaminare gli atteggiamenti degli infermieri del pronto soccorso (ED) nei confronti di individui che presentano atti di autolesionismo deliberato (DSH), inclusa la relazione tra atteggiamenti e fattori quali età, risultati accademici, durata dell'esperienza e educazione all'autolesionismo.</p>	<p>infermieri di pronto soccorso che lavorano in un pronto soccorso traumatologico di livello 1 nella Repubblica d'Irlanda</p>	<p>È stato utilizzato un disegno quantitativo descrittivo e correlazionale per cercare di comprendere gli atteggiamenti degli infermieri di pronto soccorso nei confronti del DSH, con particolare attenzione sulla correlazione tra atteggiamenti e genere, età, risultati accademici, durata dell'esperienza di pronto soccorso e precedente educazione alla salute mentale. .</p>	<p>Dallo studio è emerso che gli infermieri del PS avevano atteggiamenti positivi nei confronti dei soggetti che presentavano DSH. Non è stata trovata alcuna correlazione tra i punteggi totali e il sesso, l'esperienza in pronto soccorso o una storia di educazione all'autolesionismo, sebbene gli infermieri più anziani e gli infermieri formati in ospedale avessero atteggiamenti meno positivi.</p>

<p><i>(31) Nurses' attitudes towards clients who self-harm</i></p>	<p>Studio descrittivo</p>	<p>Lo scopo dello studio era quello di sviluppare e testare una scala per identificare le dimensioni rilevanti dell'atteggiamento degli infermieri di pronto soccorso nei confronti dei clienti che presentano comportamenti autolesionistici.</p>	<p>20 infermieri di pronto soccorso</p>	<p>È stato sviluppato un questionario per valutare gli atteggiamenti degli infermieri di pronto soccorso nei confronti dei pazienti autolesionisti. Lo strumento è stato sperimentato su 20 infermieri di pronto soccorso che non lavoravano nelle agenzie target. È stata quindi condotta un'indagine sugli infermieri che lavorano in 23 principali pronto soccorso pubblici e 14 principali privati nel Queensland, in Australia</p>	<p>C'era un atteggiamento generalmente negativo nei confronti dei clienti che si autolesionavano. Sono state trovate correlazioni tra anni di esperienza in ED e il punteggio totale sull'ADSHQ, e anni di esperienza in ED è un approccio empatico verso i clienti che deliberatamente si autolesionano.</p>
<p><i>(32) Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions</i></p>	<p>Studio esplorativo</p>	<p>Questo studio indaga l'atteggiamento degli infermieri del pronto soccorso nei confronti dei pazienti che praticano deliberatamente atti di autolesionismo. Esamina i loro atteggiamenti nei confronti dei pazienti che si autolesionano, nonché le decisioni di triage e di cura con essi.</p>	<p>43 infermieri del pronto soccorso</p>	<p>È stato somministrato un questionario prima dell'inizio della sessione educativa. Una versione modificata del Suicide Opinion Questionnaire (Domino et al. 1982) è stata utilizzata per valutare gli atteggiamenti nei confronti dei pazienti autolesionisti e le decisioni di triage con essi</p>	<p>Nel complesso, gli infermieri avevano atteggiamenti comprensivi nei confronti dei pazienti che si autolesionano, comprese le concettualizzazioni sia professionali che laiche dell'autolesionismo intenzionale. Non hanno discriminato questo gruppo di pazienti nelle loro decisioni di triage e di cura</p>

