

“IL PESO DEGLI INCIDENTI STRADALI SULLA QUALITÀ DELLA VITA”
Dott.sa Maria I. Gravina

**CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA
FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA
FORMAZIONE UNIVERSITÀ LUMSA – ROMA**

**CONSORZIO INTERUNIVERSITARIO
FORTUNE**

Master Universitario in Psicologia dell’Emergenza e Psicotraumatologia

Direttore: Prof. Arrigo Pedon

Tesi di Specializzazione

**IL PESO DEGLI INCIDENTI STRADALI
SULLA QUALITÀ DELLA VITA**

**Candidata
MARIA IMMACOLATA GRAVINA**

“IL PESO DEGLI INCIDENTI STRADALI SULLA QUALITÀ DELLA VITA”
Dott.sa Maria I. Gravina

*Le crisi si rivelano come momenti in cui
attuare riparazioni e restauri necessari...
Nella crisi scopriamo noi stessi nella nostra
limitatezza, ma anche nella nostra capacità
di trasformazione: solo chi cambia resta
fedele a sé stesso.
(Mathias Jung “Il piccolo principe in noi”)*

INDICE

INTRODUZIONE	1
---------------------	---

Capitolo I

DALLA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA ALLA PSICOLOGIA VIARIA

1. La Psicologia dell'Emergenza: definizione e finalità	3
1.1. Cenni storici	4
1.2. Ambiti applicativi	6
2. La Psicologia Viaria: definizione e sviluppi	7
2.1. Ambiti applicativi	9
3. Incidentalità stradale: dati sul fenomeno	10
4. La prevenzione per la sicurezza stradale	13
4.1 Esperienze europee e nazionali di prevenzione e riqualificazione alla guida	15

Capitolo II

IL TRAUMA DA INCIDENTE STRADALE: REAZIONE E GESTIONE

1. Reazioni psicologiche al trauma da incidente stradale	20
1.1 Impatto psicologico sui minori	23

2. Gestire il trauma	27
3. Concetto di danno alla persona: danno psichico ed esistenziale	35

Capitolo III

UN’ESPERIENZA DI TIROCINIO PRESSO

L’ASSOCIAZIONE ITALIANA FAMILIARI E VITTIME DELLA STRADA

1. Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada (A.I.F.V.S.)	40
2. Finalità e attività del tirocinio	42
3. Analisi della schede sulla mancata giustizia	44
3.1. Riflessioni sull’analisi delle schede	45
4. Ipotesi di intervento a sostegno delle vittime e dei familiari	46

CONCLUSIONI

Possibilità e limiti normativi e culturali allo sviluppo del ruolo dello psicologo del traffico nel nostro Paese	49
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	52
---------------------	----

INTRODUZIONE

Il presente lavoro è focalizzato sull'influenza che gli incidenti stradali hanno sulla qualità della vita sia dei sopravvissuti che dei familiari delle vittime.

L'incidente stradale è un evento accidentale, improvviso, di natura traumatica. Esso può essere potenzialmente devastante da un punto di vista emotivo e psicologico per chi lo vive, sia da sopravvissuto che da familiare della vittima. Alle conseguenze fisiche si associano, infatti, inevitabilmente dolorose conseguenze psicologiche alla morte.

Gli adolescenti e i giovani adulti sono i soggetti maggiormente a rischio per questo tipo di eventi traumatici. Numerose sono le iniziative legislative ed educative realizzate al fine di ridurre l'incidenza del fenomeno, attraverso campagne preventive e incontri di sensibilizzazione svolti nelle scuole. Tuttavia, poca attenzione è stata finora posta all'impatto psicologico di simili eventi sulle vittime sopravvissute e sui loro familiari.

Per comprendere questa ampia tematica il lavoro si articola in tre capitoli.

Il primo capitolo descrive lo sviluppo e gli ambiti di applicazione della Psicologia Viaria (o del traffico), citando anche alcune esperienze europee e nazionali di prevenzione e di riqualificazione alla guida, dopo una breve descrizione della Psicologia dell'Emergenza di cui la Psicologia del Traffico ne è una branca.

Nel secondo capitolo viene preso in esame il trauma, con la descrizione delle reazioni al trauma da incidente stradale e alla sua gestione, e con uno sguardo in particolare all'impatto psicologico che tali eventi hanno sui minori, essendo essi coinvolti in alto numero negli incidenti stradali come dimostrano i dati Istat riferiti all'anno 2006 (i

bambini al di sotto di 10 anni, morti e feriti in incidente stradale, sono mediamente 18 al giorno).

Il trauma, così come definito dal DSM IV-TR, incide sulla qualità della vita determinandone un peggioramento. Tale peggioramento potrà dar luogo a dei disturbi psicologici nonché ad una alterazione delle abitudini di vita della vittima per questo verrà dato spazio anche alla definizione del danno alla persona, con riferimento al danno psichico e al danno esistenziale, la cui valutazione spetta allo psicologo.

Infine, nel terzo ed ultimo capito, descrivo la mia esperienza di tirocinio svolta presso l'Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada (AIFVS) e un'indagine di tipo qualitativo condotta insieme alla associazione sulla modalità e i tempi della giustizia. Il capitolo termina con delle ipotesi di sviluppo sul ruolo dello psicologo del traffico.

Capitolo I

DALLA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA ALLA PSICOLOGIA VIARIA

1. Psicologia dell'Emergenza: definizione e finalità

La Psicologia dell'Emergenza è il settore della psicologia che si occupa degli interventi clinici e sociali in situazioni di calamità, disastri e crisi.

In particolare, la Psicologia dell'Emergenza è quel ambito specifico di studio e di applicazione che mira, in un contesto di emergenza, a preservare e favorire l'equilibrio psichico delle vittime, dei parenti e dei soccorritori in seguito all'effetto destabilizzante di eventi catastrofici e traumatici.

Le finalità specifiche della psicologia dell'emergenza sono:

- facilitare la riparazione del tessuto sociale lacerato;
- promuovere il recupero dell'identità e della sicurezza collettiva;
- coadiuvare gli organismi pubblici e privati nella attivazione dei loro interventi.

Al raggiungimento di queste finalità si perviene attraverso lo studio, la prevenzione ed il trattamento dei processi psichici e dei fenomeni sociali che si determinano nelle persone e nelle collettività colpite da un evento traumatico (Cusano, 2002).

Possiamo distinguere due settori della psicologia dell'emergenza: individuale e collettiva.

L'evento traumatico, infatti, può coinvolgere:

- il singolo individuo (stupri, violenze di vario genere, rapimenti, gravi incidenti, malattie a grave rischio di vita per sé o per una persona significativa);
- un gruppo di individui o un'intera comunità (DISASTRI NATURALI: alluvioni, terremoti, ecc.; CATASTROFI DI TIPO CIVILE: situazioni belliche, attentati terroristici, persecuzioni di massa).

L'intervento rivolto ai singoli tende a tutelare o ripristinare il modo di sentire, pensare ed agire della singola persona. Specifico della psicologia dell'emergenza individuale è il fatto che in genere anche se il singolo subisce eventi più o meno devastanti il contesto di vita, la comunità nel complesso restano sostanzialmente immutati.

L'intervento della psicologia dell'emergenza collettiva ha come specifica finalità la tutela e l'assistenza del singolo e della sua comunità quando vengono travolti da una grave emergenza. In particolare possiamo dire che la psicologia dell'emergenza collettiva mira alla prevenzione ed al trattamento dei danni psichici che si determinano nel singolo e dei guasti psicosociali che si producono nella sua comunità, per il sopraggiungere di un evento disastroso (Giannantonio, 2005).

1.1. Cenni storici

La Psicologia dell’Emergenza è nata a partire dalla Psicologia Militare, dalla Psichiatria d’Urgenza e dalla Disaster Mental Health, si è progressivamente sviluppata come insieme di tecniche d’intervento e, soprattutto, modelli di "inquadramento concettuale" degli eventi cognitivi, emotivi e relazionali tipici dell'emergenza. Mentre i modelli anglosassoni prediligono l'approccio cognitivo-comportamentale, altamente protocollizzato e funzionalizzato, soprattutto attraverso il paradigma del CISM (Mitchell, 1983) e l'uso massiccio della tecnica del Debriefing, i modelli europei (francesi in primis) propongono una visione integrata dell'intervento in emergenza, spesso anche su basi psicodinamiche (contributi fondamentali di Lebigot, Crocq, LeClercq, della cosiddetta "Scuola di Val-de-Grace").

Diffusa soprattutto nel mondo anglosassone a partire dai primi anni '80, negli ultimi anni si è articolata anche in Italia, dove ha iniziato a diventare oggetto di insegnamento universitario in diversi Atenei (Padova, Milano-Cattolica, Bologna), ed ad integrarsi sempre di più nelle attività formative e di intervento della Protezione Civile e degli altri Enti ed organizzazioni operanti nell'ambito del soccorso (Croce Rossa, ANPAS, Misericordie, Forze Armate, Forze dell'Ordine, etc.).

Ufficialmente, in Italia, la Psicologia dell’Emergenza si è affacciata nel 1999 con la costituzione della Società Italiana di Psicologia dell’EMergenza (SIPEM - Onlus).

Gran parte dell'iniziale attività di promozione e sviluppo della psicologia dell'emergenza italiana, sia nel settore "protezione civile" che nel settore "cooperazione internazionale", è stata svolta dalle associazioni di volontariato professionale psicologico, quali Psicologi per i Popoli e la SIPEM.

Un riconoscimento importante si è ottenuto nel 2006 con la costituzione dei “Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi” fissati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile - Servizio Rischio Sanitario e Ambientale, nei quali si afferma: «...*Nel contesto degli interventi a sostegno delle vittime di eventi catastrofici è necessario prestare massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi sulle popolazioni colpite e sui loro soccorritori. Essi possono palesarsi in fase acuta o evolvere in modo subdolo, con ripercussioni, anche nel lungo periodo...*» (Gazzetta Ufficiale - Decreto n. 200 del 29 Agosto 2006).

1.2. Ambiti applicativi

Sul versante clinico, gli ambiti applicativi della psicologia dell'emergenza sono:

- la *formazione preventiva* al personale del soccorso (fase pre-critica), ad esempio con tecniche di Psychoeducation (PE) e Stress Inoculation Training (SIT);
- gli *interventi immediati di supporto e consulenza* (fase peri-critica), compresi Defusing e Demobilization sia per le vittime che per gli operatori coinvolti;
- eventuali procedure di Debriefing, valutazioni di follow-up ed *interventi di sostegno a medio termine* (fase post-critica).

Si noti come tali interventi clinici di psicologia dell'emergenza si possano rivolgere alle vittime¹ "primarie" (i soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico), alle "secondarie" (parenti e/o testimoni diretti dell'evento) e "terziarie" (i soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono esposti a situazioni di particolare drammaticità).

Su un versante sociale, sono parte integrante della psicologia dell'emergenza le attività di studio della percezione del rischio (Risk Perception) e della comunicazione del rischio (Risk Communication), particolarmente utili per comprendere le rappresentazioni che la popolazione ha di certi tipi di rischi, e per impostare quindi comunicazioni di emergenza efficaci.

CONTESTI APPLICATIVI:	
Protezione civile	Interventi umanitari all'estero
Difesa Civile	Ong - peace keeping
Emergenza sanitaria (118)	Profughi, Torturati
Prevenzione	Emergenze Umanitarie
Formazione degli operatori	Telefono azzurro
Comunicazione mass media	Emergenze mondo del lavoro
Forze dell'ordine	Trattamento del trauma
Ospedali: Pronto Soccorso, Reparto Oncologico...	

2. Psicologia Viaria

In senso lato, la psicologia dell'emergenza affronta, dunque, le reazioni di stress che possono essere la conseguenza di eventi traumatizzanti di vario tipo.

A tal proposito si distinguono:

¹ Modello di definizione dei ruoli proposto da Taylor e Frazier nel 1989.

- i traumi accidentali (incidenti automobilistici, ferroviari, navali o aerei, incendi o esplosioni);
- catastrofi ambientali naturali (inondazioni, trombe d'aria, uragani, terremoti);
- devastazioni provocate deliberatamente (saccheggi, rivolte, esplosioni di bombe, colpi d'arma da fuoco, torture, rapimenti e aggressioni).

Essendo, appunto, l'incidente automobilistico un evento accidentale, improvviso, di natura traumatica ed essendo l'oggetto di studio della psicologia viaria (o psicologia del traffico), possiamo configurare questa ultima come branca della psicologia dell'emergenza.

La Psicologia del Traffico è una disciplina molto diffusa in Europa da oltre cinque decenni e ha raggiunto standard molto elevati, specialmente nei Paesi di lingua tedesca. Si tratta di una disciplina con una lunga tradizione: le prime ricerche empiriche risalgono addirittura all'inizio del secolo scorso.

In Italia, invece, è poco conosciuta, spesso confusa con una riduttiva e poco utile analisi statistica oppure con l'educazione stradale. Tutto il resto rimane pressoché ignorato.

In Italia manca una legge che disciplini la materia, come invece accade in Germania e in Austria, una legge per una formazione specialistica in psicologia del traffico (ad es. l'Austria richiede una formazione di almeno 1600 ore dopo la laurea quinquennale e l'iscrizione in un elenco depositato presso il Ministero Federale dei Trasporti).

L'Italia, rispetto al resto dell'Europa, sconta un ritardo nell'applicazione delle scienze psicologiche al contesto viario anche per la migrazione degli psicologi nel 1978

dall'ENPI, Ente Nazionale Prevenzione Infortuni, al Servizio Sanitario Nazionale proprio nel periodo in cui i colleghi di analoghi istituti esteri si concentravano dagli incidenti sul lavoro a quelli stradali.

Nel 1993 l'EFPA, European Federation of Psychology Associations, costituì una task force in Traffic Psychology di cui fanno parte un rappresentante per ogni paese.

2.1. Ambiti applicativi

L'intervento sul traffico che può proporre la psicologia è un intervento necessariamente complesso.

Uomo, veicolo e strada sono i tre più importanti aspetti su cui si può intervenire.

Oggi i "Traffic Psychologists", che fanno capo alla Federazione Europea dell'Associazione degli Psicologi, in particolare i membri della Germania, operano:

- nella prevenzione primaria dei sinistri (rivolta a tutta la popolazione), secondaria (sui soggetti a rischio) e terziaria (su coloro che sono già incorsi in incidenti);
- nella formazione dei formatori che si occupano di educazione stradale;
- nella valutazione psico-attitudinale del personale di guida (come le valutazioni della idoneità alla guida di persone che abbiano avuto una sospensione di patente per incidenti o per reati connessi all'uso di veicoli, che abbiano superato limiti di età, che abbiano malattie potenzialmente capaci di interferire con la sicurezza di conduzione del veicolo);

- negli interventi ergonomici volti a migliorare il rapporto uomo-veicolo (qui gli psicologi del traffico lavorano con ingegneri e tecnici e studiano gli effetti delle nuove tecnologie sul comportamento di guida);
- negli studi sulla percezione e comprensione della segnaletica stradale;
- nel supporto psicologico alle vittime e al personale di soccorso che interviene in eventi critici;
- nella modifica dei costumi sociali in quanto a utilizzo di mezzi e spazi pubblici;
- nelle campagne di pubblicità sociale, etc.
- negli interventi di riqualificazione alla guida, Driver Improvement (vedi cap. 1 par. 4).

Vari, dunque, sono gli utenti (bambini, adolescenti, conducenti, professionisti, insegnanti di scuole ed autoscuole, forze dell'ordine, cittadinanze, etc.) e diversi i committenti: concessionarie autostradali, ministeri, enti locali, ASL, ospedali, scuole ed autoscuole, assicurazioni, case automobilistiche, aziende costruttrici di segnaletica, centri studi e di ricerca, etc.

La psicologia del traffico, oltre a essere una disciplina di notevole impatto sociale (dati i notevoli costi, umani e materiali, degli incidenti stradali) può fornire, peraltro, numerosi sbocchi professionali negli ambiti della valutazione psicologica dell' idoneità alla guida, della riabilitazione-terapia di conducenti che abbiano commesso infrazioni gravi e nel mobility management (questi psicologi lavorano a stretto contatto con urbanisti, architetti, sociologi e pedagogisti per favorire una mobilità più intelligente e che tenga conto delle esigenze ambientali). Altri sbocchi sono nell'educazione stradale, nelle scuole di ogni ordine e grado (prevista dall'articolo 230 del Codice della Strada) e nelle

scuole guida; infine nella verifica dell'efficacia dei vari interventi volti ad aumentare la sicurezza stradale, nell'ergonomia e nella ricerca in genere (è, appunto, compito precipuo della psicologia del traffico informare e consigliare in modo adeguato il legislatore sullo stato attuale della ricerca).

3. Incidentalità stradale: dati sul fenomeno

Gli incidenti stradali rappresentano uno dei maggiori problemi della sanità pubblica del nostro Paese e costituiscono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i 40 anni, mentre il gruppo più vulnerabile è costituito dai giovani tra i 15 e i 29 anni.

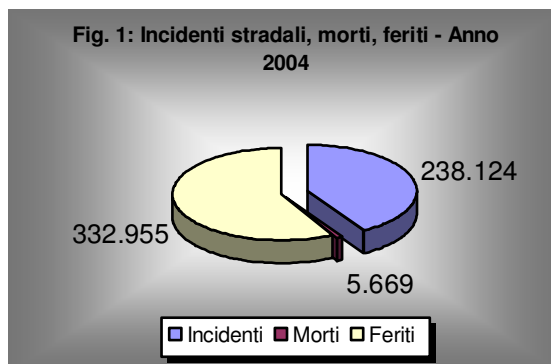
Secondo il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, World report on road traffic injury prevention (2002), gli incidenti stradali sono la seconda causa di morte in tutto il mondo nei giovani fino ai 29 anni e la terza nella fascia di età tra i 30 e i 44 anni. Essi rappresentano inoltre la nona causa di disabilità permanente, incidendo per il 2,8% sul tasso globale di disabilità.

Si stima che ogni anno muoiano sulle strade 1,2 milioni di persone², mentre 50 milioni circa restano ferite, spesso con conseguenze permanenti.

L'ultimo rapporto Istat, pubblicato l'11 dicembre 2007, evidenzia che in Italia nell'anno 2006 sono stati rilevati³ **238.124 incidenti stradali**, che hanno causato il **decesso di 5.669 persone**, mentre 332.955 hanno subito lesioni di differente gravità.

² A partire dal 1999, vengono considerate morte per incidente stradale le persone decedute entro le 24 ore o dal secondo al trentesimo giorno a partire dall'incidente (Ministero della Salute, 2005).

³ L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile di tutti gli incidenti stradali verificatosi sull'intero territorio nazionale che hanno



Il 66,1 % dei decessi e il 70,4 % dei feriti è costituito dai conducenti dei veicoli coinvolti, mentre i passeggeri trasportati rappresentano il 20,5% dei morti e il 23,3 % dei feriti. I pedoni, invece, costituiscono il 13,4 % dei morti e il 6,3 % dei feriti, rappresentando dunque la categoria debole della strada.

La **fascia d'età** più colpita dalle conseguenze degli incidenti stradali è quella tra i 25 e i 29 anni, con 587 morti e 41.208 feriti in valore assoluto. Con riferimento ai valori medi per singolo anno di ciascuna fascia di età, risultano maggiormente coinvolti i giovani tra 21 e 24 anni (8.665 tra morti e feriti per ogni anno di età). I bambini al di sotto di 10 anni, morti e feriti in incidente stradale, sono 6.544 cioè mediamente 18 al giorno.

Ogni **giorno** in Italia si verificano, in media, 652 incidenti stradali, che causano la morte di 16 persone e il ferimento di 912 persone.

L'analisi effettuata per giorno della settimana evidenzia che il venerdì si conferma come il giorno in cui si concentrano il maggior numero di incidenti (15,4 % del totale),

causato lesioni alle persone (morti o feriti). A tale indagine collabora attivamente l'ACI. La rilevazione avviene attraverso la compilazione del modello Istat Ctt/Inc denominato "Incidenti stradali" da parte dell'autorità intervenuta sul luogo (Polizia stradale, Carabinieri, Polizia provinciale, Polizia municipale) per ogni incidente stradale in cui è coinvolto un veicolo in circolazione sulla rete stradale e che comporta danni alle persone.

mentre la frequenza più elevata di morti si osserva il sabato e la domenica (rispettivamente 17,5% e 17,7 %).

Le città si confermano i **luoghi** dove si registrano la maggior parte di incidenti (182.177), ma a fare più vittime sono quelli sulle strade extraurbane.

Tra le principali **cause** degli incidenti, sempre nel 2006, il 45,6 % è stato causato dai comportamenti errati di guida (il mancato rispetto delle regole di precedenza, la guida distratta e la velocità troppo elevata); il 3,11 % dal comportamento scorretto o dallo stato psicofisico alterato del pedone; il 2% dallo stato psicofisico alterato del conducente e 0,2% dai difetti o avarie del veicolo.

Nel periodo 2000 – 2006, in Italia, gli incidenti sono calati del 7,2 %, i morti del 19,7% e i feriti del 7,5 %; mentre il numero delle auto in circolazione è aumentato.

Tale risultato, seppur apprezzabile, non è sufficiente per il raggiungimento dell’obiettivo 2010 fissato dall’Unione Europea: permanendo l’attuale trend è presumibile che si arrivi al 2010 con una diminuzione delle vittime pari a circa il 30%. Per raggiungere l’obiettivo, si dovrebbe, negli anni a venire, ridurre la mortalità ad un tasso medio non inferiore al 9,5 % annuo.

Dall’analisi dell’Istat sugli incidenti stradali avvenuti nel 2006, emergono, dunque, le priorità su cui concentrare le azioni di sicurezza stradale: il controllo della velocità, il controllo della guida in stato di ebbrezza, la guida distratta, la protezione degli utenti deboli – in particolare pedoni e utenti delle due ruote - l’individuazione e la messa in sicurezza delle tratte stradali più pericolose.

I dati riportati mettono in evidenza la portata enorme del problema, per far fronte al quale si stanno avviando strategie di intervento di prevenzione volte ad agire sul complesso sistema “conducente-veicolo-ambiente”.

4. La prevenzione degli incidenti stradali

Nell'intento di promuovere un'azione globale di prevenzione degli incidenti stradali, nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto una strategia d'azione quinquennale, finalizzata al raggiungimento di una riduzione di almeno il 50% della mortalità e della disabilità conseguente ad incidenti stradali entro il 2020. La risoluzione punta alla realizzazione di azioni coerenti con le specifiche esigenze di ciascun paese, con particolare attenzione ai paesi più poveri. Essa si focalizza, inoltre su cinque fattori di rischio, rappresentati dal mancato uso delle cinture di sicurezza, casco e seggiolino per i bambini, problemi connessi all'alcool, velocità e stato delle infrastrutture.

Sulla stessa linea, l'Unione Europea nel 2003 ha promosso il 3° programma europeo per la sicurezza stradale che prevede la riduzione delle vittime degli incidenti del 40% entro il 2010. In particolare, la Commissione Europea per la sicurezza stradale indica sette principali campi d'azione:

- stimolare gli utenti della strada a migliorare la loro condotta, incoraggiando per esempio l'uso generalizzato del casco;
- sfruttare il progresso tecnologico per migliorare i dispositivi di sicurezza;
- incoraggiare il miglioramento delle infrastrutture stradali;
- migliorare la sicurezza del trasporto professionale di merci e passeggeri;
- migliorare e potenziare il sistema di soccorso e assistenza alle vittime della strada;
- migliorare la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati relativi agli incidenti stradali per individuare i campi d'azione prioritari;
- sottoscrivere una Carta Europea della sicurezza stradale.

In Italia nel 2003 sono state introdotte consistenti modifiche del Codice della Strada, attuate con il Decreto Legge n. 151 del 27/6/2003 convertito con la Legge n. 214 del 1/8/2003. Tali modifiche hanno comportato l'introduzione della cosiddetta “*patente a punti*”.

Negli ultimi decenni, alcune ricerche hanno esplorato i cosiddetti “fattori individuali”, ovvero le caratteristiche socio-psicologiche che concorrono nell'esposizione dei giovani al rischio di incidente.

Gli studi che hanno esplorato gli aspetti cognitivi (Tursz et al., 1986; Quadrel et al., 1993; Gonzales et al., 1994) hanno evidenziato un elemento molto importante per la prevenzione e cioè che i giovani hanno una valida conoscenza dei pericoli (non hanno, quindi, bisogno di essere informati) ma sopravvalutano le proprie capacità di controllo (onnipotenza) e si ritengono invulnerabili.

Secondo un progetto di ricerca-intervento, è stato dimostrato che nella maggior parte degli incidenti entrano in gioco non solo fattori esterni, ma anche fattori emozionali consci (sfida, ricerca di sensazioni forti, bisogno di esibirsi, etc.) o inconsci (depressione, autolesionismo, etc.), in sintesi l'incidente rappresenterebbe “l'agito” attraverso il quale possono esprimersi molte e diversificate problematiche dell'adolescente (Carbone, 1997; 1999; 2000).

Il colloquio clinico con più di 200 adolescenti (Carbone, 2003) ricoverati per lesioni conseguenti ad incidenti di varia tipologia ha dimostrato l'ipotesi, descrivendo difficoltà in molte aree: familiare (malattie, lutti, incidenti), nello sviluppo psichico e relazionale.

4.1. Esperienze europee e nazionali di prevenzione e riqualificazione alla guida

Nell’ambito della prevenzione primaria rivolta ai giovani, in Italia si lavora molto all’interno degli istituti scolastici, con progetti di formazione e informazione sulla prevenzione degli incidenti stradali.

Il progetto di prevenzione alla sicurezza stradale, nei vari istituti scolastici, può essere condotto direttamente con gli studenti (gli psicologi entrano nelle classi) o può essere mediato dagli insegnanti (mediante un corso-supervisione con un gruppo di docenti che conducono a loro volta gli interventi in classe) o la conduzione congiunta da parte della psicologa e dell’insegnante (esempi: Progetto MAIS dell’Asl di Modena, “SKILL per la sicurezza sulla strada” dell’Istituto di ricerca “E. Lugaro” di Roma).

Tali incontri si basano sull’utilizzo di questionari per la valutazione delle loro conoscenze sulla tematica; la visione di Cd-Rom interattivi (come è avvenuto nella regione del Veneto) al fine di sensibilizzare i giovani alla prevenzione dei rischi connessi alla circolazione stradale; momenti di discussione di gruppo in seguito alla visione di filmati di sensibilizzazione o all’ascolto di *testimonial*.

In pochi casi sono condotti interventi preventivi all’interno delle autoscuole, come il Progetto MAIA, attivato dall’Asl di Modena, cioè un modulo di aggiornamento degli istruttori delle autoscuole, affinché essi introducessero il tema della sicurezza stradale all’interno dei corsi per patentandi. Al termine del corso, gli istruttori hanno fornito una valutazione positiva riguardo alla qualità tecnica, alla chiarezza dei contenuti e alla disponibilità dei formatori valutando il corso come efficace.

In diversi stati europei (Francia, Svizzera, Germania, Belgio e Stati Uniti), oltre alla prevenzione, sono previsti (e disciplinati in modo dettagliato dalla legge) specifici programmi terapeutico-riabilitativi volti a reintegrare nella circolazione stradale conducenti che hanno guidato in stato di ebbrezza.

Il modello più interessante è quello della Germania: “Modello Leer”, dal nome della città a nord della Germania dove ha avuto origine. Il modello Leer si basa sui principi psicoterapeutici della dinamica di gruppo per cui i partecipanti iniziano a modificare il proprio comportamento sulla base dell’esperienza degli altri partecipanti ed attraverso il feedback ottenuto dagli altri.

In Italia tali corsi non sono previsti e disciplinati dalla legge, anche il Nuovo codice della Strada non li prevede; vi sono però iniziative isolate sin dal 1997 che mostrano che tutto ciò è possibile anche in Italia.

Sulla base dell’esperienza tedesca, a Bolzano, presso il Servizio di Psicologia della Sicurezza Viaria istituito presso l’Azienda Sanitaria, dal 1997 si tengono (ed è l’unica città in Italia) corsi di Driver Improvement, ossia corsi terapeutico/riabilitativi di riqualificazione alla guida rivolti a persone che hanno commesso gravi infrazioni (come la guida in stato di ebbrezza), con lo scopo di modificare in modo adeguato e stabile il loro comportamento alla guida e permettere loro di riottenere o mantenere la patente di guida (Dorfer, 2005). Hanno una durata di circa 14 ore, per complessivamente 4 sedute a cadenza settimanale.

L’obiettivo è la riduzione del rischio di recidive in nuove guide in stato di ebbrezza.

Condizione essenziale del corso è la presenza di uno psicologo del traffico altamente specializzato. Le tecniche prevalentemente usate sono di tipo comportamentale e cognitivo.

Il gruppo è costituito da 6 ad un massimo di 12 partecipanti.

Non tutte le persone sono adatte al driver improvement, queste devono essere precedentemente individuate: tale compito è prettamente psicologico. Vanno escluse le persone che hanno un abuso cronico o di alcooldipendenza. Gli psicologi che procedono alla individuazione non devono essere gli stessi che effettueranno il driver improvement (è doveroso separare diagnosi dalla terapia/riabilitazione); anche le strutture devono essere separate.

Grazie alla patente a punti vengono individuati i “guidatori a rischio”, che per riottenere la patente o per poter riavere l’assicurazione auto dovrebbero, dunque, sottoporsi al driver improvement riabilitation.

Vari studi hanno dimostrato l’efficacia di questi corsi: i partecipanti sperimentano un rilevante aumento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti e soprattutto viene ridotto il rischio di recidive (fino a circa il 50%).

Il driver improvement, così come viene proposto, in Germania (ma anche in Austria), è, dunque, una grande risorsa in grado di diminuire il rischio di recidiva.

Questo intervento su base volontaria è legato alla patente a punti, ma non è comunque stato importato in Italia, infatti, la legge prevede il riacquisto automatico dei punti con un corso essenzialmente informativo, oppure un esame di guida, senza neppure il rischio costituito dai quiz.

Capitolo II

IL TRAUMA DA INCIDENTE STRADALE: REAZIONE E GESTIONE

Un incidente stradale è un avvenimento che ha gravi effetti psico-relazionali sulla vita di chi è coinvolto: la vittima e i suoi familiari di conseguenza.

È un evento che si carica di sofferenza, resa ancora più difficile da gestire per il fatto che un incidente avviene all'improvviso, inaspettatamente, cogliendo impreparate le persone che lo subiscono.

La dimensione psicologica degli incidenti stradali è stata a lungo trascurata sia dai servizi di salute pubblica sia dalla ricerca scientifica. Attualmente si sta assistendo in Italia al sorgere di centri specializzati nel supporto psicologico, e non solo, di chi si trova coinvolto in incidenti stradali. Ne sono un esempio il Centro Assistenza Vittime della Strada, Help, attivato a Roma nel gennaio 2006 dalla Fondazione Guccione, così come l'attività svolta dall'associazione P.A.S.S. (Psicologi associati per la Sicurezza Stradale) che dalla metà degli anni novanta si occupa di progettazione e realizzazione di interventi di sicurezza stradale, offrendo altresì consulenza psicologica per traumi conseguenti a questo tipo di eventi, nonché l'Associazione Parenti e Vittime della Strada, i cui scopi

sono la prevenzione degli incidenti stradali e il riconoscimento della giustizia delle vittime.

1. Reazioni psicologiche al trauma da incidente stradale

Quando parliamo di reazioni psicologiche ad una situazione di emergenza dobbiamo sottolineare che *“le reazioni sono normali, è la situazione ad essere anormale”*.

La quantità e la qualità della reazione soggettiva, ossia il tipo e l'intensità della risposta, dipendono da una serie di variabili, tra le quali:

- *la natura dell'evento*: reazioni psicologiche negative possono verificarsi con maggiore probabilità quando l'evento traumatico presenta caratteristiche come l'imprevedibilità, gravità/estensione dei danni materiali, morte violenta, elevato numero di morti e feriti, probabilità di ripetizione dell'evento;
- *livello di coinvolgimento del soggetto*;
- *caratteristiche del soggetto*: appartenenza alla categoria “dei soggetti a rischio” (bambini, anziani...), psicopatologie preesistenti, precedenti esposizioni ad eventi traumatici, precedenti condotte di abuso, appartenenza a categorie sociali svantaggiate;
- *caratteristiche/qualità del sistema sociale di supporto*;
- *qualità/tempestività dell'intervento di supporto psicologico*. (Cusano, Napoli, 2005)

Le reazioni psicologiche seguono un peculiare percorso temporale, in base al quale possiamo distinguere: le reazioni immediate e le reazioni differite rispetto al momento dell'evento traumatico.

Tra le reazioni immediate si annoverano: reazioni iperemotive brevi, ansiose acute (crisi d’ansia, crisi di panico), psicotiche (passaggio da stati confusionali transitori a stati deliranti acuti), comportamenti reattivi (“paralisi” emotiva e cognitiva, comportamenti irrazionali e pericolosi per le vittime stesse e per i soccorritori).

In questi casi, se le reazioni non si cristallizzano, stabilizzandosi ed articolandosi in sindromi più o meno specifiche, il soggetto oscilla, sul piano psichico, da una condizione di maggior disturbo a una di sempre minor disagio, con progressivo recupero delle capacità adattive, lavorative e di integrazione sociale.

In altri casi ci possono essere persone che inizialmente manifestano una buona capacità di reazione all’evento, ma in seguito, nel medio-lungo periodo può andare incontro alle stesse reazioni che coinvolgono le altre persone fin dall’inizio. In questi casi l’oscillazione che il soggetto vive sul piano psichico va da una condizione di efficienza e stabilità emotiva a una di progressiva perdita delle capacità adattive, con disagio e malessere sempre più significativi.

Risposte psicopatologiche

In alcuni casi è possibile ricondurre le reazioni psicologiche a delle specifiche categorie nosografiche.

Alcuni eventi di vita (Life Events), infatti, possano correlarsi con l’insorgenza di numerosi quadri psicopatologici, tuttavia è difficile stabilire quanto i disturbi psicologici siano la conseguenza diretta di tali eventi.

Esiste tutta una rosa di quadri clinici che insorge a seguito di un evento traumatico e che va dalla depressione maggiore alla paura di guidare.

Le principali categorie nosografiche sono:

- Disturbi d'Ansia (in particolare Disturbo Acuto da Stress, il Disturbo Post-Traumatico da Stress e fobie specifiche);
- Disturbi dell'Adattamento;
- Disturbi Dissociativi;
- Disturbi dell'Umore (in particolare l'Episodio Depressivo Maggiore e l'Episodio Ipomaniacale);
- Disturbi Somatoformi.

Fra essi tuttavia il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) è il disturbo nucleare.

Norris, infatti, nel 1992, realizzò negli Stati Uniti un pionieristico studio epidemiologico sul PTSD, intervistando telefonicamente 1000 soggetti adulti, bilanciati per genere, età ed etnia. Egli rilevò un'incidenza generale del disturbo post-traumatico da stress pari al 7,4 %. All'interno del campione risultò, in particolare che il 23,4 % dei soggetti aveva subito un incidente stradale. Di questi ultimi l'11,5 % soddisfaceva i criteri diagnostici per il DPTS secondo il DSM III-R (APA, 1987). Sulla base di questi risultati l'autore concluse che gli incidenti stradali dovessero essere considerati la principale causa di disturbi post-traumatici da stress nella popolazione in generale (Norris, 1992).

In seguito anche un altro studio condotto negli Stati Uniti da Kessler e i suoi collaboratori (1995) confermò quanto affermato da Norris.

La letteratura, pur tenendo conto di alcuni limiti determinati dalle metodologie di indagine, evidenzia che dal 5 % al 45 % dei soggetti coinvolti in incidenti stradali, sviluppa un Disturbo Post-Traumatico da Stress nell'anno successivo all'incidente e un'ulteriore 15-50 % presenta una sotto-sindrome, caratterizzata dalla presenza di sintomi post-traumatici, ma non sufficienti a soddisfare tutti e tre i criteri diagnostici del disturbo.

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress è caratterizzato dalla compresenza, per almeno un mese, di sintomi intrusivi (criterio B), di evitamento (criterio C) e di aumentato arousal (criterio D); è considerato una conseguenza dell'esposizione ad eventi minacciosi di particolare gravità (Giannantonio, 2005). Il DSM IV-TR (APA 2000) definisce nello specifico l'evento all'origine del disturbo come “un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte, lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica propria o di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni subite da un membro della famiglia o da altra persona con cui si è in stretta relazione” (criterio A1); a tale evento la persona, che sviluppa il disturbo, risponde con paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore (criterio A2).

Blanchard e Hickling (2004) sottolineano come gli incidenti stradali rappresentino una importante occasione di approfondimento dello studio del PTSD per diverse ragioni. In primo luogo tali eventi coinvolgono tanto uomini quanto donne, offrendo in questo modo la possibilità di analizzare le differenze di genere nella reazione al trauma e nella risposta ad eventuali trattamenti. Gli incidenti stradali comportano, spesso, ferite fisiche dando, quindi, l'opportunità di indagare l'influenza di questa variabile sulla risposta psicologica. In terzo luogo molti incidenti comportano conseguenze legali, aprendo la possibilità di studiare l'impatto di tale aspetto sulla reazione all'evento. Gli autori sottolineano, infine, l'opportunità di esaminare analogie e differenze tra i sopravvissuti ad incidenti stradali e altre tipologie di pazienti.

1.1. Impatto psicologico sui minori

Nonostante l'alto numero di soggetti in età evolutiva coinvolti nel mondo ogni anno in incidenti stradali (ricordiamo che i dati Istat dell'anno 2006 dicono che i bambini al di sotto di 10 anni, morti e feriti in incidente stradale, sono ben 6.544, cioè mediamente 18 al giorno), Stallard et al. (2001) e Scotti (2002) denunciano una mancanza di studi e di ricerche sulle risposte psicologiche dei bambini che sperimentano questo tipo di eventi.

Scotti, Ruggiero e Rabalais (2002) osservarono che la maggior parte degli studi sui minori sono di tipo descrittivo, volti a valutare la presenza di sintomi quali difficoltà di concentrazione, pianto, depressione, irritabilità, regressione del comportamento, somatizzazioni, insonnia e incubi.

Le reazioni dei bambini ad un evento fortemente traumatico possono manifestarsi tanto nel breve quanto nel lungo periodo, ma anche in entrambe le fasi. Altre volte i bambini che si mostrano inizialmente resistenti possono in seguito sviluppare comportamenti sintomatici apparentemente non collegati all'evento ormai trascorso, e quindi spesso non vengono riconosciuti come richieste di aiuto e saranno fraintesi e ignorati.

Le reazioni, ad un evento traumatico, più comuni e osservabili nei bambini sono:

- in età prescolare: pianto, suzione del pollice, perdita controllo sfinterico, paura di essere lasciati soli, paura dell'estraneo, irritabilità, confusione, forte dipendenza, immobilità, riproduzione nel gioco e nei disegni dell'esperienza traumatica;
- dai 6-11 anni: disturbi fisici (es. mal di testa), stati depressivi, paure legate all'evento o relative alla sicurezza, Continue domande su quanto è

accaduto o richieste di raccontare ancora la “storia”, confusione, perdita della capacità di concentrazione, scarso rendimento scolastico, aggressività, atteggiamento di isolamento dal gruppo di coetanei;

- dai 12-17 anni (pre-adolescenza e adolescenza): disturbi fisici, stati depressivi, paure legate all’evento, confusione, scarso rendimento scolastico, comportamenti aggressivi, ritiro e isolamento (Linee guida per la gestione delle situazioni di emergenza con i bambini - SIPEM).

Un cambiamento osservabile in fase post-traumatica nel modo di sentire, pensare e di comportarsi è normale, molto spesso questi aspetti saranno superati e il bambino realizzerà un nuovo equilibrio.

I rapporti forniti dai genitori indicano che i bambini immediatamente dopo l’incidente evidenziano elevato stress emozionale, il quale però può persistere per diversi mesi, benché raramente venga riconosciuto e trattato (Stallard, Velleman, Baldwin, 1998).

La necessità di mobilitare le proprie risorse fisiche e psicologiche per riuscire a fronteggiare l’evento traumatico assume una rilevanza importante in riferimento alla condizione dei bambini: già dopo le prime fasi dell’evento critico si può assistere a tentativi del bambino di riorganizzare, riconoscere e restaurare il suo mondo pre-traumatico e molti dei segnali e dei sintomi emotivi, comportamentali e cognitivi della fase post-traumatica acuta sono da ricondurre a questi sforzi.

I bambini molto piccoli possono non riuscire a comprendere quanto è accaduto, ma si sentiranno confusi o anche terribilmente spaventati dalle reazioni delle persone che si prendono cura di loro.

Come accade per tutte le altre situazioni, i bambini ricercano risposte e rassicurazioni da parte degli adulti di riferimento. Nonostante gli adulti non abbiano tutte le risposte

possono aiutare i bambini a comprendere meglio l'evento traumatico e le loro reazioni al trauma.

Sia gli studi individuali che quelli relativi a incidenti di massa hanno evidenziato l'elevata incidenza del Disturbo Post-Traumatico da Stress anche nei bambini (Canterbury e Yule, 1997; Ellis, Store e Mayou, 1998).

Un aspetto ampiamente indagato nelle ricerche sui bambini coinvolti in incidenti stradali riguarda la relazione tra la loro reazione all'evento e la reazione dei loro genitori.

In genere quando genitori e figli sperimentano lo stesso trauma ci sono forti correlazioni nelle loro reazioni. Questa relazione è spesso considerata come indice del fatto che le reazioni dei bambini sono mediate da quelle dei genitori (McFarlane, 1987).

Altri studi (Ellis, Store, Mayou, 1998; Perrin, Yule, Smith, 1996) hanno indagato se la presenza dei genitori nello stesso incidente si associa con un più alto o più basso grado di stress nei bambini, giungendo, tuttavia, a conclusioni opposte.

Nonostante i risultati contrastanti, queste ricerche hanno messo in evidenza l'importanza di considerare le variabili familiari nel valutare le reazioni dei minori ad un incidente stradale. Garmezy e Rutter (1983) conclusero che l'ambiente familiare potrebbe essere sia un fattore di protezione che di rischio per la successiva risposta psicologica dei bambini ad eventi traumatici.

Nella GESTIONE DELLA REAZIONE al trauma, un primo ruolo possono averlo i genitori. È importante che essi parlino con i loro figli, sia dei fatti che dei sentimenti (senza dilungarsi e attenendosi ai fatti), ciò potrebbe rassicurare i bambini e correggere eventuali distorsioni nella loro percezione dell'evento; inoltre mantenere una routine

normale (nei limiti del possibile) ha un effetto calmante, aumenta il senso di vicinanza, sicurezza e rinforza il senso di normalità.

Lo psicologo compierà inizialmente un assessment informale, consistente nella raccolta di informazioni dai genitori e/o dagli altri adulti (insegnanti, figure di assistenza) che sono in contatto con il bambino, nell'osservazione diretta del bambino e in una conversazione con lui.

Il modo più efficiente per stabilire se un bambino è a rischio di reazioni gravi consiste nell'informarsi sugli stressor traumatici a cui è stato esposto.

Trascorsi trenta giorni dall'evento traumatico (se è soddisfatto il criterio A del DSM IV per la diagnosi del PTSD), si dovrebbero utilizzare i protocolli per l'assessment formale.

2. Gestire il trauma

Strategie di intervento precoce possono soddisfare una grande varietà di esigenze simultaneamente: quelle di chi lavora per fornire assistenza; il bisogno dei sopravvissuti di parlare dell'accaduto, di comprendere cosa sia successo, di ripristinare il controllo; la necessità di chi non direttamente colpito, si sente sopraffatto dai sentimenti di disperazione e colpa per essere sopravvissuto al posto di una altra persona al tragico incontro con la morte.

Un primo passo per portare soccorso sia da un punto di vista operativo che psicologico è gestire efficacemente la comunicazione con le persone coinvolte nell'incidente.

Una migliore comunicazione, infatti, consente di instaurare una buona relazione tra operatore e vittima⁴, così che:

- la vittima può orientarsi meglio nella situazione di crisi e ricevere un più appropriato sostegno emotivo;
- l'operatore può affrontare in modo più adeguato la sofferenza con cui inevitabilmente deve confrontarsi.

Se da un lato, infatti, è importante migliorare il sostegno che possiamo offrire alle vittime primarie e secondarie, dall'altro, non possiamo sottovalutare gli effetti della “traumatizzazione vicaria” a cui sono esposti gli operatori che intervengono sull'incidente.

Nelle situazioni di emergenza, infatti, le persone esposte direttamente ai pericoli e al rischio di morire sono quelle che, di norma, subiscono le conseguenze più gravi in termini psicologici. Tuttavia, anche i soccorritori, volontari e non, che intervengono in situazioni di pericolo, provano emozioni negative (quali senso di colpa e inadeguatezza causati da eventuali perdite e di difficile elaborazioni) e che potrebbero indurre sintomi quali stanchezza, irritabilità, insonnia, ansia, affaticamento, depressione e problemi familiari, o sfociare in configurazioni psicopatologiche quali il Disturbo Post-Traumatico da Stress e la Sindrome da Burnout.

Oltre ai soccorritori, poi esistono anche i “sopravvissuti all'incidente”, che devono includere, in senso psicologico, non solo le stesse vittime, ma anche i testimoni, i parenti e gli amici che hanno assistito ai fatti.

⁴ Con il termine di “vittima” voglio riferirmi non solo a chi è coinvolto direttamente (vittime primarie), ma anche a chi è coinvolto indirettamente: familiari, soccorritori (rispettivamente vittime secondarie e terziarie).

Specie in caso di un incidente mortale, questi “sopravvissuti” possono andare incontro a forme di stress psichico post-incidente.

Un ambito fondamentale sarà, dunque, la gestione dello stress post-evento.

In simili circostanze, parlare dei fatti e del proprio malessere è importante e può contribuire ad interrompere un circolo vizioso che genera ulteriore stress.

In psicologia dell'emergenza si adotta, con efficacia, il cosiddetto “DEBRIEFING” o il “Critical Incident Stress Debriefing” (CISD), elaborato da Mitchell, originariamente fu utilizzato per il trattamento dei militari e attualmente è stato adattato per l'impiego di altri gruppi esposti a trauma.

Il Debriefing è un procedimento strutturato finalizzato ad aiutare i superstiti a comprendere e a gestire le emozioni intense, a identificare strategie di fronteggiamento efficaci e a ricevere sostegno dai pari.

Mitchell aveva suggerito di applicare il debriefing entro 24/72 ore dall'incidente, ma in seguito riconobbe che le limitazioni temporali dovevano essere più flessibili.

Il debriefing è un processo composto da 8 fasi della durata di 2 o 3 ore, esse sono:

1. *Fase di Preparazione all'incontro*: si predispone l'ambiente, ci si organizza con il co-debriefer sui rispettivi ruoli (il debriefing è condotto da due operatori), mentre per quanto riguarda il gruppo, è importante che esso sia omogeneo e che sia costituito da 8-10 partecipanti, in modo che ognuno possa partecipare attivamente.
2. *Fase introduttiva (o di presentazione)*: vengono discusse le regole e lo scopo del debriefing, i membri del gruppo sono incoraggiati a partecipare e si cerca di instaurare un clima di fiducia; i membri hanno l'opportunità di esprimere i loro sentimenti e di imparare dagli altri.

3. *Fase dei fatti*: viene chiesto di descrivere brevemente il proprio ruolo nell'incidente e la loro esperienza; scambiarsi informazioni in questo modo aiuta a chiarire la natura e la sequenza degli eventi ed eliminare false supposizioni su quello che è realmente avvenuto.
4. *Fase dei pensieri*: viene chiesto ai membri del gruppo di esporre il proprio pensiero predominante durante l'incidente; l'intento è normalizzare le reazioni cognitive comuni.
5. *Fase delle reazioni*: è la più emotiva, viene chiesto quali elementi dell'incidente hanno provocato in loro il maggior disagio e con quali è stato più difficile convivere una volta che è passato il momento dell'incidente; anche qui l'intento è normalizzare le reazioni comuni.
6. *Fase del sintomo*: viene chiesto di riferire qualsiasi sintomo, fisico o psicologico avvertito durante l'incidente.
7. *Fase dell'insegnamento*: chi conduce il gruppo ha il compito di spiegare le normali reazioni allo stress e di insegnare le tecniche più utili al fine di ridurre lo stress e promuovere la guarigione.
8. *Fase finale (o di rientro)*: si parla delle domande rimaste senza risposta e si formulano commenti e conclusioni (Mitchell,1983).

La discussione promuove il processo di integrazione emozionale e dà conoscenza del evento traumatico attraverso l'analisi dei fatti e delle emozioni associate agli eventi e alle loro conseguenze. Viene attribuita all'esperienza una struttura cognitiva il cui riconoscimento genera la liberazione delle emozioni che aiutano il soggetto a raggiungere una sensazione di distacco. Egli non dimenticherà l'esperienza, ma questa non rimarrà un fardello che continuamente alimenta la reazione da stress.

Il Debriefing rimane solo un intervento in fase di crisi e non una terapia di gruppo. Esso per essere efficace deve essere integrato con altri interventi.

Un'altra tecnica utile per il PTSD è l'EMDR, un nuovo metodo di psicoterapia elaborato da Francine Shapiro nel 1987, il quale scoprì che alcuni tipi di stimolazione esterna possono aiutare una persona a superare un evento traumatico o emotivamente disturbante (Shapiro F., 1995).

Fra questi tipi di stimolazione, quelli più usati sono alcuni tipi di movimenti oculari che vengono prodotti in un paziente, invitandolo a seguire il movimento della mano del terapeuta. Pensare ad un evento traumatico mentre contemporaneamente si eseguono determinati movimenti oculari genera l'effetto di riprendere o accelerare l'elaborazione delle informazioni contenute nella mente, relative ad un evento traumatico.

L'EMDR ha una particolarità, cioè di affrontare l'evento disturbante in modo olistico, cioè nelle sue componenti comportamentali, cognitive, interpersonali, emozionali e viscerali.

Le radici dell'EMDR sono da rintracciare oltre che nel Comportamentismo attraverso il decondizionamento, nel Cognitivismo attraverso la valutazione degli aspetti cognitivi legati ad un problema, nella PNL (Programmazione Neurolinguistica) e anche nel grande ipnotista americano, Milton Erickson.

Alcune persone ritengono che questa tecnica abbia delle grandi somiglianze con l'ipnosi, per certi aspetti tecnici, può essere vero, mentre per altri è completamente falso, perché i tracciati dell'elettroencefalogramma di un soggetto in seduta di EMDR e in una seduta di ipnosi sono radicalmente differenti.

Sebbene l'EMDR possa produrre una reazione generalizzata di rilassamento che contrasta le emozioni legate allo stress, nondimeno rilassamento ed ipnosi sono due cose

differenti. Ci sono inoltre, indicazioni che, laddove si genera spontaneamente uno stato di leggera trance spontanea durante una seduta di EMDR, il lavoro terapeutico con l'EMDR ne risulti ostacolato.

Le circostanze in cui non è indicato un trattamento di EMDR sono quelle in cui non è evidenziabile una sufficiente stabilità emozionale e/o relazionale del paziente, oppure manca un'alleanza di lavoro sufficientemente affidabile. In alcuni casi è assolutamente necessario che la stabilizzazione del paziente passi attraverso un'adeguata terapia farmacologica, in altri casi è necessario effettuare un lungo lavoro terapeutico preventivo prima che l'EMDR possa essere impiegata per elaborare dei traumi.

Nell'EMDR il terapeuta si vede costretto a rinunciare in gran parte al suo ruolo tradizionale nella sua interazione con il paziente: non vengono fornite interpretazioni, il terapeuta non assiste il paziente stimolandolo a parlare del trauma in dettaglio e non conosce neppure abbastanza bene la sua esperienza per parafrasare, riassumere o riflettere su di essa.

È importante conoscere, anche in questa tecnica, che può apparentemente sembrare un po' meccanicistica, tutte le conoscenze cliniche per valutare se l'intervento può aver successo.

L'EMDR sarà il più delle volte utilizzato come parte di una strategia terapeutica complessiva e, anche all'interno di un protocollo che comprenda esclusivamente l'EMDR, assistere il paziente ad eseguire movimenti saccadici oculari completi è solo una parte della procedura.

L'EMDR comporta che gli stati neurofisiologici possano venir esplorati direttamente, rapidamente e non clinicamente, e che il cervello sia un sistema autoriparante che lavora automaticamente ad una situazione adattiva, il cui prodotto è uno stato mentale sano.

Se le affermazioni di uno stravolgimento dei modelli in psicologia clinica sembrano premature, fino a che non venga dimostrata l'efficacia della procedura, ulteriori delucidazioni riguardo ai meccanismi alla base dell'EMDR potrebbero aiutare a perfezionare i modelli di elaborazione dell'informazione, del PTSD e, più in generale, dell'elaborazione mnemonica ed emozionale.

Un'altra terapia utilizzata nel trattamento per il Disturbo Post- Traumatico da Stress, oltre al Debriefing e alla EMDR, è la TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE che comprende tre principali approcci:

- *l'esposizione in vivo ed immaginativa*, il cui scopo è quello di evocare l'ansia e promuovere l'abituazione;
- la *ristrutturazione cognitiva*, il cui scopo è quello di modificare i pensieri le convinzioni e gli assunti irrazionali,
- le *tecniche di riduzione dell'ansia*, incluso lo “Stress Inoculation Training”, che ha lo scopo di insegnare all'individuo una varietà di coping skill per gestire l'ansia ed altri sintomi.

Il modello dell'elaborazione emozionale postula che la ragione per la quale gli individui traumatizzati evitano di pensare all'evento traumatico risieda nel significato che il trauma ha per loro. Specifiche attribuzioni impedirebbero l'elaborazione cognitiva e potrebbero avere alla base sentimenti di colpa, vergogna, rabbia e depressione.

L'efficacia attualmente indubitabile dell'esposizione e delle ristrutturazione cognitiva può essere compresa dal punto di vista dell'elaborazione emozionale: se l'evitamento è la chiave di mantenimento del problema, l'esposizione sarà la tecnica probabilmente più efficace.

L'esposizione è un trattamento altamente efficace per molti disturbi ansiosi ove l'evitamento rappresenta un fattore chiave di mantenimento.

L'esposizione è solitamente allo stimolo temuto in vivo ed è prolungata, ripetuta e mantenuta dal paziente con dei compiti a casa. La tecnica preferita a livello internazionale, è attualmente l'esposizione prolungata, che comprende il confronto, programmato terapeutamente, con la situazione oggetto o con la memoria temuta, in modo che l'arousal sia aumentato ma gestibile.

L'esposizione è prolungata e ripetuta fino a quando l'attivazione si sia ridotta a livelli accettabili, almeno al 50% al di sotto del livello del picco: il processo definito abituaione.

La maggior parte dei trattamenti per il DPTS utilizza l'esposizione immaginativa per aiutare il confronto del paziente con i propri ricordi dannosi; ciò richiede che il soggetto riviva il trauma attraverso la rievocazione di scene immaginarie.

L'approccio più usato è l'istruire il soggetto a rivivere l'intero evento nelle propria immaginazione e a raccontarlo ad alta voce al terapeuta nel seguente modo: in prima persona, al tempo presente, utilizzando una ricca varietà di stimoli, reazioni ed elementi significativi nel proprio racconto. Le sedute si protraggono per un'ora e mezza ed il terapeuta dovrebbe “controllare” il racconto del paziente, dopo ogni intervento dovrebbe stimolare il soggetto a usare sempre più dettagli, l'esposizione deve essere ripetuta giornalmente come compito a casa.

Una modalità utile per aiutare il paziente nei compiti a casa è quella della registrazione della seduta e chiedere al soggetto di ascoltarla più volte, usandola per strutturare il proprio compito.

Dopo 2 o 3 sedute di esposizione immaginativa il paziente è in grado di identificare i “punti caldi” nei ricordi traumatici che causano la maggior parte del disturbo.

Qui viene usata la tecnica del “riavvolgi e rivivi”, cioè selezionato un punto caldo, ci si concentra su di esso e lo si arricchisce di dettagli.

Il paziente ed il terapeuta stabiliscono una scala di valutazione (da 0 a 8) dove la scena più ansiogena corrisponde al punteggio più alto. Attraverso l’esame di questi nastri o con le sedute ed il lavoro a casa, il terapeuta e il soggetto possono lavorare insieme e decidere lo sviluppo ed il programma di trattamento.

Le tecniche di gestione dell’ansia vanno considerate come tecniche aggiuntive, da utilizzare come aiuto nell’elaborazione emozionale di memorie traumatiche attraverso l’esposizione prolungata o le tecniche di ristrutturazione cognitiva.

3. Concetto di Danno alla Persona: danno psichico ed esistenziale

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità., la salute è *«lo stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale della persona, e non soltanto l’assenza di malattia...il godimento dello standard più elevato che si possa conseguire è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano».*

La Costituzione Italiana, nell’art. 32, tutela il diritto alla salute: *«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».* Tale diritto prevede il risarcimento da parte di chi arreca, con fatto doloso o colposo, danno ingiusto alla salute della persona.

Con il concetto di Danno alla Persona, dunque, si intende la valutazione delle conseguenze psicologiche di eventi dolosi o colposi, quali possono essere appunto gli incidenti stradali, ai fini di un risarcimento.

Il risarcimento non può essere un “restitutio ad integrum”, come nel caso dei beni materiali, ma è sempre una compensazione per “via equivalente” (art. 2058 c. c.), cioè attraverso un indennizzo economico.

È questo uno degli aspetti più controversi sia per le oggettive difficoltà di valutazione sia per le sue implicazioni etiche. Si tratta infatti di esprimere in termini economici qualcosa che per definizione non “ha prezzo”, ma che d'altra parte non si potrebbe in altro modo risarcire. Questo problema diventa ancor più critico quando si parla di un danno che non riguarda l'integrità fisica della persona, bensì quella psichica.

Il danno alla persona si distingue in patrimoniale (danno economico) e non patrimoniale, che a sua volta si distingue in morale, biologico-psichico ed esistenziale.

Il soggetto viene considerato, dunque, nella sua integrità psico-fisica, in cui sia la componente fisica-organica che quella psichica dovrebbero avere pari considerazione.

Il DANNO MORALE è la sofferenza soggettiva per l'ingiustizia e l'offesa subita; è un turbamento transeunte (passeggero) legato all'angoscia e al patema d'animo che c'è nel momento in cui si è verificato l'evento ed è tanto più grave quanto più grave è l'offesa ed importante il diritto leso (es. la dignità, la libertà); implica un risarcimento della sofferenza personale del danneggiato o della sofferenza che la sua morte cagiona ad una terza persona (ad es. : un solo giorno di prigionia può comportare un danno morale rilevante e nessun danno esistenziale).

Il DANNO BIOLOGICO si riferisce «*alla menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé per sé considerata, in quanto incidente sul valore uomo in tutta la sua*

concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica, ed aventi rilevanza non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica» (Sentenza della Corte Costituzionale n. 184 del 1986).

Questa sentenza storica della Corte Costituzionale riconosce per la prima volta il danno biologico come menomazione psico-fisica e dopo questa sentenza il danno psichico è compreso nel danno biologico.

Il danno biologico è considerato un danno-base, autonomamente risarcibile, non legato ai caratteri della patrimonialità, il cui parametro di riferimento è il valore della persona, che è uguale per tutti.

La valutazione del danno, cioè la definizione della qualità e della quantità di danno riportato dalla vittima, è compito del medico legale, il quale si avvale della diagnosi e delle tabelle vigenti che quantificano ogni tipo di menomazione in punteggi. La liquidazione di esso, cioè la quantificazione monetaria, è invece di stretta pertinenza del magistrato.

Il DANNO PSICHICO permette di considerare e risarcire una vera e propria alterazione, stabile e duratura, dell'equilibrio di personalità inquadrabile in una categoria nosografica e sintomatologia (es. depressione maggiore, distimia etc.) e non tanto di stati d'animo temporanei.

Le tre condizioni necessarie perchè si possa parlare di danno psichico sono:

1. l'apprezzabilità giuridica, cioè che il danno sia di minima entità;
2. un rapporto cronologico e causale;
3. una relazione di adeguatezza qualitativa e quantitativa tra fatto illecito che ha causato il danno e danno stesso.

Il problema del nesso causale, cioè della totale imputabilità all’evento lesivo della “invalidità psichica” riportata dal soggetto danneggiato, rappresenta uno dei punti più difficili. Alcuni criteri come quello della successione temporale risulta utile (se l’arco temporale è brevissimo e la successione è immediata). È pur vero che spesso il disturbo di personalità è già preesistente al trauma, quindi quest’ultimo non fa altro che aggravarlo, in questo caso si andrà a chiedere il risarcimento per l’aggravamento del disturbo.

La valutazione del danno necessita di una diagnosi, il cui compito spetta allo psicologo. Le verifiche, comunque, si basano sull’analisi di precedenti esami clinici del soggetto, delle sue abitudini e condizioni di vita.

Il DANNO ESISTENZIALE è una lesione arrecata al soggetto nel suo modo di essere, personale e sociale, che si sostanzia nella constatabile alterazione della *qualità della vita* e della serenità personale. Consiste nel dover agire diversamente e nel non poter più fare come prima.

Non necessita di diagnosi, basta l’accurata descrizione della qualità della vita, prima e dopo l’evento, fatta con maestria dallo psicologo, per far risaltare il peggioramento. Non è tabellato.

Le condizioni essenziali per stabilire se c’è un danno esistenziale sono:

- peggioramento della qualità della vita;
- ingiusto danno;
- nesso di causa;
- consecutività temporale tra evento e danno;
- mancanza di danno biologico (ma le nuove sentenze smentiscono questo punto).

Le tre tipologie di danno non patrimoniale appena descritte, il danno morale, biologico-psichico ed esistenziale, comprendono in sé qualsiasi danno dovuto a comportamento ingiusto altrui che produca una sofferenza nella vita dell'individuo, o una lesione dell'integrità psicofisica, o un peggioramento della qualità della vita di un individuo derivante dalla lesione di valori fondamentali alla persona.

Gli incidenti stradali possono arrecare un danno alla persona. Si parlerà, ad esempio, di danno biologico in caso di invalidità permanente o temporanea della vittima primaria; di danno psichico sia per le vittime primarie che secondarie il cui trauma potrebbe far sorgere/aggravare disturbi di personalità (depressione, fobie, distimie, etc.); di danno esistenziale sia per la vittima primaria, la cui invalidità potrebbe determinare un peggioramento della sua qualità della vita, ma anche dei sopravvissuti o dei parenti delle vittime. La sentenza 372/1994 della Corte Costituzionale stabilì la risarcibilità del cosiddetto “danno riflesso” da lutto (cioè per le vittime secondarie): se provato, anche i parenti prossimi della vittima possono chiedere risarcimento (es. per rottura del vincolo familiare o il non riuscire a fare più i genitori per gli altri figli).

AMBITI IN CUI PUÒ ESSERE CHIESTO UN RISARCIMENTO:	
▪ Infortunistica Stradale	▪ Danno da Demansionamento
▪ Infortunistica professionale	▪ Danno ambientale
▪ Danno da colpa professionale	▪ Tutela della Privacy
▪ Libertà di pensiero	▪ Bioetica
▪ Maltrattamento su donne o minori	▪ Danno da Mobbing lavorativo, familiare e coniugale
▪ Danno alla Reputazione	
▪ Abuso su donne o minori	

Capitolo III

UN’ESPERIENZA DI TIROCINIO PRESSO L’ASSOCIAZIONE ITALIANA FAMILIARI E VITTIME DELLA STRADA

1. Associazione Italiana Familiari e Vittime Della Strada (AIFVS)

L’Associazione nasce come “Comitato” il 23.5.1998 con l’obiettivo di fermare la strage e dare giustizia ai superstiti, perché nessuno meglio di chi sulla strada ha perso la salute, o dei familiari di chi ha perso la vita, può testimoniare quanto siano gravi il lutto e la perdita per la famiglia e per la società, e che a questo primario diritto di testimonianza corrisponde il dovere morale che la stessa sorte non tocchi ad altri innocenti.

Aderisce poco dopo alla Federazione Europea Vittime della Strada e si costituisce come organizzazione non lucrativa di utilità sociale (onlus) l’8.4.2000. Nel marzo 2001 viene riconosciuta con Decreto del Ministero dei LL.PP. di comprovata esperienza nel settore della sicurezza stradale e abilitata a collaborare all’educazione stradale nelle scuole. Nel settembre 2003 con Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

viene iscritta nel Registro Nazionale delle associazioni di promozione sociale e legittimata a costituirsi parte civile nei processi per le finalità dell'Associazione.

Sin dalla sua costituzione si sviluppa intorno a delle proposte di modifiche legislative presentate alla Camera dei deputati riguardanti la prevenzione e la giustizia. Svolge attività di contatto e di collaborazione con interlocutori parlamentari e ministeriali, ma contemporaneamente denuncia alle Procure i responsabili istituzionali della strage; organizza convegni, ma anche manifestazioni di piazza nazionali e locali, lancia iniziative (distribuzione nelle scuole di questionari per la vita e la giustizia sulle strade, nei pronto soccorsi ospedalieri degli opuscoli “Che fare dopo un incidente stradale”, ecc.) estese a tutto il Paese; pubblica, aggiorna e diffonde il documento programmatico “Unirsi per fermare la strage e dare giustizia ai superstiti”.

L'Associazione, aderendo all'obiettivo di prevenzione degli incidenti stradali proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, diffonde la necessità di raggiungere l'obiettivo o quanto meno di ridurlo del 50% entro il 2010 attraverso azioni coordinate e contestualizzate nel territorio, di dare peso alle corresponsabilità sociali che sostengono la strage oltre che al comportamento dei guidatori.

Chiede anche campagne Rai di informazione sistematica sulla sicurezza (con la Rai ha realizzato la campagna “Mettila la testa”), contrasta le pubblicità ingannevoli, sollecita la responsabilizzazione di tutte le altre strutture che hanno a che fare con gli incidenti stradali, dalle scuole ai gestori delle strade ai costruttori d'auto e alle scuole guida, collabora con le Università per la certificazione dei periti in ricostruzione degli incidenti stradali e per le ricerche sulla sicurezza e sulla giustizia, offre propri contributi per chiarire la complessa problematica della sofferenza nel dopo incidente, che motiva oltre al bisogno di sostegno umano ai familiari e ai disabili anche la necessità che le istituzioni

si allertino per assicurare assistenza sanitaria, psicologica e riabilitativa gratuita e diffusa su tutto il territorio nazionale. L'Associazione, intanto, ha già realizzato convenzioni con legali e con psicologi per assicurare assistenza alle vittime e ai familiari.

Quanto alla giustizia, ha avanzato proposte di legge (866, 1885) per assicurare giustizia alle vittime: accelerazione dei processi, pene effettive da espiare, parere dei familiari delle vittime per il patteggiamento e per il processo per il rito abbreviato, risarcimenti equi anche in caso di morte immediata. L'Associazione, dopo ripetute ed estenuanti richieste, è stata inserita nella Commissione Ministeriale che ha elaborato le tabelle del danno psicofisico da 10 a 100 punti. L'attenzione è orientata adesso sull'attribuzione del valore economico a ogni punto di danno, come pure sull'elaborazione di proposte di giustizia che rispettino le vittime.

La presenza dell'Associazione su tutto il territorio nazionale tramite le molte sedi locali (101) permette un'ampia diffusione della voce delle vittime e dei familiari e nel contempo ne arricchisce le azioni e le proposte vagliate o elaborate dal consiglio direttivo e dai suoi gruppi di lavoro.

L'associazione tramite il suo sito e la linea telefonica accoglie le dolorose esperienze, promuovendo condivisione e fornendo, tramite il Forum, pareri legali e psicologici.

2. Finalità e attività del tirocinio

Il mio tirocinio è stato svolto presso l'Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada (A.I.F.V.S.). Questa associazione opera dal 1998 e si batte, in Italia, non solo per introdurre normative più severe, ma anche per favorire il riconoscimento del dolore che sta dietro i dati ufficiali.

Gli incidenti stradali possono essere potenzialmente devastanti da un punto di vista emotivo e psicologico per chi li vive, sia da sopravvissuto che da familiare della vittima. Alle conseguenze fisiche si associano, infatti, inevitabilmente dolorose conseguenze psicologiche alla morte.

Il mio tirocinio si è svolto a Roma presso la sede centrale dell'Associazione: associazione i cui scopi sono la prevenzione degli incidenti stradali e il riconoscimento della giustizia delle vittime.

Finalità generale del tirocinio è stata quella di acquisire conoscenze sulla tematica degli incidenti stradali ed in particolare maggiori competenze sul sostegno psicologico dei superstiti e dei parenti delle vittime.

Durante il tirocinio ho avuto modo di accostarmi alle attività dell'associazione partecipando a diversi momenti:

- Osservazione e gestione del trauma da incidente stradale all'interno del servizio di consulenza telefonica dell'Associazione, dando accoglienza e primo supporto alla richiesta d'aiuto.
- Manifestazione e convegno su “La mancata giustizia”.
- Attività di ricerca (scheda su “La mancata giustizia”).
- Organizzazione di incontri informativi e di sensibilizzazione nelle scuole e nella comunità.
- “Giornata del Ricordo”, viene organizzata, una volta all'anno in ogni sede locale dell'Associazione, è una giornata in ricordo delle vittime della strada nonché di sensibilizzare e prevenzione degli incidenti stradali.

Le commemorazioni e i rituali formali e informali fanno sì che le forti emozioni associate a questi affetti debilitanti siano convogliate in attività

che uniscono i superstiti e i familiari tra loro e alla loro comunità; esse sono essenziali per l’elaborazione del lutto.

3. Analisi delle schede sulla mancata giustizia

Durante il mio tirocinio, presso l’Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada, ho collaborato ad un’indagine di tipo qualitativo su “La mancata giustizia” attraverso schede autosomministrate ai soci.

L’obiettivo di tale indagine è stato voler ottenere delle informazioni sulle modalità e i tempi della giustizia nonché emozioni e pensieri riguardo all’evento dei sopravvissuti e dei familiari.

CAMPIONE

A rigor di metodo statistico, va sottolineato che il campionamento rispetto all’universo delle vittime merita una nota: non si tratta di un campione scelto casualmente, come si usa di solito, ma tramite i membri dell’associazione.

Il numero delle schede prese in esame è di 44 schede, di cui 41 compilate da vittime secondarie (familiari) e 3 da vittime primarie (sopravvissuti all’incidente).

Il campione ha un’età compresa fra 14 e 79 anni, i maschi sono 32 e le femmine 12.

	Maschi	Femmine	Totale
Vittime primarie	1	2	3
Vittime secondarie	31	10	41
Totale	32	12	44

3.1. Riflessioni sull’analisi delle schede

Così come nella ricerca condotta nel 1995 dalla FEVR (Federation Europeenne Des Victimes de le Ruote) su “L’impatto della morte e dell’infortunio sulla strada”, anche tutt’oggi, la maggiore insoddisfazione viene espressa nei confronti dei processi penali.

Le famiglie ritengono di non aver ottenuto né giustizia né una pena adeguata. Inoltre non hanno sentito il proprio caso trattato in maniera appropriata, seria e rispettosa, come si evince dalle risposte ottenute agli ultimi due quesiti delle schede (“Eventuali espressioni utilizzate da avvocati o magistrati ritenute sconvenienti o offensive per la dignità della vittima o dei suoi familiari”; “Riflessioni sull’esperienza”).

La maggioranza dei soci desidererebbe un avvocato di parte civile a rappresentare le vittime e le loro famiglie immediatamente dopo l’incidente.

Molti dei familiari delle vittime, morte e disabili, soffre di disturbi del sonno, problemi generali di salute, disturbi psicologici, problemi relazionali, inoltre alcuni hanno anche conseguenze sulla loro occupazione (cambiano o lasciano il lavoro per motivi psicologici o fisici). La capacità di godere la vita come prima dell’incidente scompare nei parenti delle vittime morte.

Tutto ciò è in linea con una indagine effettuata a livello nazionale e internazionale (Pignatta, 2006) condotta dalla Federazione Europea delle Vittime della Strada, volta ad evidenziare gli effetti secondari dell’evento drammatico primario. L’indagine effettuata rileva che il 90% delle famiglie dei morti e l’85% di quelle degli invalidi riportano un declino della qualità della vita da un punto di vista economico, relazionale e psicofisico.

Per tutte queste ragioni può essere richiesto oltre che il danno biologico, anche il danno psichico e/o esistenziale, questi ultimi due riconosciuti come danni indiretti ai

congiunti, in quanto la loro vita si continua, ma con una qualità inferiore rispetto a prima dell'incidente. La sentenza 372/1994 della Corte Costituzionale stabilì, infatti, la risarcibilità del cosiddetto “danno riflesso” da lutto (cioè per le vittime secondarie): se provato, anche i parenti prossimi della vittima possono chiedere risarcimento (es. per disturbi psicologici, per rottura del vincolo familiare o il non riuscire a fare più i genitori per gli altri figli).

4. Ipotesi di intervento a sostegno delle vittime e dei familiari

L'esperienza di tirocinio presso l'AIFVS mi ha portato a riflettere su quanto lo psicologo potrebbe fare nel sostegno alle vittime e ai familiari, sia con l'associazione che in altri contesti simili e da tali riflessioni sono scaturite delle ipotesi di intervento a sostegno delle vittime della strada e dei loro parenti. La Commissione Europea per la Sicurezza stradale, infatti, indica come campo d'azione nella prevenzione (3° programma europeo per la sicurezza stradale del 2003) il miglioramento e potenziamento del sistema di soccorso e assistenza alle vittime strada.

Durante la mia permanenza in Associazione ho avuto modo di parlare con i familiari delle vittime e ho notato che essi dopo una prima richiesta di aiuto psicologico, sia implicita che esplicita che rivolgono attraverso la linea telefonica e sul forum del sito dell'associazione, si rivolgono agli psicologi ma dopo il primo o secondo incontro interrompono, perché insoddisfatti e incompresi (così affermano).

Osservando che i familiari delle vittime trovano conforto e sostegno tra loro attraverso il forum del sito o le telefonate che fanno in sede, ho proposto dunque ai responsabili la possibilità di creare dei gruppi di autoaiuto. Questi gruppi infatti servono

per canalizzare l'energia dei superstiti/familiari attraverso il sostegno reciproco e nella gestione di problemi pratici successivi all'evento.

I gruppi di autoaiuto possono servire:

- a fornire sostegno emozionale, convalidare l'esperienza dei membri;
- facilitare la condivisione e lo scambio di informazioni;
- fornire ai partecipanti l'opportunità di aiutare altre persone;
- fornire un maggior senso di controllo personale.

Lo psicologo presente agli incontri del gruppo avrà cura di evitare di assumere un ruolo da leader.

L'Associazione inoltre vorrebbe aprire uno Sportello di sostegno psicologico presso il Pronto Soccorso di un ospedale di Roma, per il sostegno dei familiari di vittime coinvolte in eventi traumatici, tra questi appunto gli incidenti stradali.

Lo stesso progetto è stato promosso da Barbara Serrati (2005) del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) e già attivato presso l'ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, volto a fornire supporto psicologico ai giovani pazienti e ai loro genitori che giungono in Pronto Soccorso in seguito ad incidente. L'intervento aspira a svolgere un'importante funzione di prevenzione nei confronti di problemi psicologici che potrebbero svilupparsi in tempi successivi. L'intervento si caratterizza per la sua tempestività e si propone di fornire supporto al paziente e alla famiglia, di dare informazioni sulle dinamiche psicologiche conseguenti al trauma, favorire il mantenimento dell'esame di realtà e il confronto con l'esperienza. Il successo di tale tipo di intervento presuppone una collaborazione con le altre figure sanitarie e la presentazione alla famiglia degli incontri con lo psicologo come una prassi, affinché essi non vengano vissuti come ulteriore fonte di stress. Viene auspicata, infine, la possibilità

di mantenere contatti continuativi nel tempo seguendo il paziente attraverso il suo percorso di cura.

Concludendo, un altro ruolo dello psicologo potrebbe essere quello di occuparsi della valutazione del danno esistenziale e/o psichico, essendo infatti l'Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada impegnata nella giustizia per le vittime e in collaborazione con avvocati.

CONCLUSIONI

Possibilità e limiti normativi e culturali allo sviluppo del ruolo dello psicologo del traffico nel nostro Paese

La Psicologia del Traffico è una disciplina molto diffusa in Europa da oltre cinque decenni e ha raggiunto standard molto elevati, specialmente nei Paesi di lingua tedesca. In Italia, invece, è poco conosciuta, spesso confusa con una riduttiva e poco utile analisi statistica oppure con l'educazione stradale. Tutto il resto rimane pressoché ignorato, come ad esempio i corsi di riqualificazione alla guida o corsi di formazione agli istruttori di autoscuole.

In Italia manca una legge che disciplini la materia, come invece accade in Germania e in Austria, una legge per una formazione specialistica in psicologia del traffico (ad es. l'Austria richiede una formazione di almeno 1600 ore dopo la laurea quinquennale e l'iscrizione in un elenco depositato presso il Ministero Federale dei Trasporti).

L'Italia, rispetto al resto dell'Europa, sconta un ritardo nell'applicazione delle scienze psicologiche al contesto viario anche per la migrazione degli psicologi nel 1978 dall'ENPI, Ente Nazionale Prevenzione Infortuni, al Servizio Sanitario Nazionale proprio nel periodo in cui i colleghi di analoghi istituti esteri si concentravano dagli incidenti sul lavoro a quelli stradali.

Nel 1993 l'ENFA, European Federation of Psychology Associations, costituì una task force in Traffic Psychology di cui fanno parte un rappresentante per ogni paese.

L'Istituto Superiore di Sanità si sta occupando della epidemiologia e della prevenzione degli incidenti stradali da più di 25 anni. In questo periodo sono stati fatti certamente molti progressi sia attraverso un maggior controllo del fenomeno sia introducendo nuove disposizioni, quali ad esempio la prima legge sull'obbligo di usare il casco, la successiva estensione della stessa a tutti gli utenti, la legge sull'obbligo dell'uso delle cinture, la normativa sullo stato di ebbrezza e sotto l'influenza di sostanze psicotrope.

Anche la dimensione psicologica degli incidenti stradali è stata a lungo trascurata sia dai servizi di salute pubblica sia dalla ricerca scientifica. Attualmente si sta assistendo in Italia al sorgere di centri specializzati nel supporto psicologico, e non solo, di chi si trova coinvolto in incidenti stradali. Ne sono un esempio il Centro Assistenza Vittime della Strada, Help, attivato a Roma nel gennaio 2006 dalla Fondazione Guccione, così come l'attività svolta dall'associazione P.A.S.S. (Psicologi associati per la Sicurezza Stradale) che dalla metà degli anni novanta si occupa di progettazione e realizzazione di interventi di sicurezza stradale, offrendo altresì consulenza psicologica per traumi conseguenti a questo tipo di eventi, nonché l'Associazione Parenti e Vittime della Strada, i cui scopi sono la prevenzione degli incidenti stradali e il riconoscimento della giustizia delle vittime.

La psicologia del traffico, oltre a essere una disciplina di notevole impatto sociale, dati i notevoli costi, umani e materiali, degli incidenti stradali (e questo sarebbe già un motivo sufficiente per favorirne lo studio e la diffusione) può fornire, peraltro, numerosi sbocchi professionali negli ambiti della valutazione psicologia dell'idoneità alla guida, della riabilitazione-terapia di conducenti che abbiano commesso infrazioni gravi, nel mobility management, nell'educazione stradale nelle scuole di ogni ordine e grado

(prevista dall'articolo 230 del Codice della Strada) e nelle scuole guida, infine nella verifica dell'efficacia dei vari interventi volti ad aumentare la sicurezza stradale, nell'ergonomia e nella ricerca in genere.

Tuttavia, molto resta da fare a livello normativo, come regolamentare legislativamente, anche in Italia, il ruolo dello psicologo del traffico; mentre a livello di controllo e di ricerca rappresenta un'importante occasione di approfondimento sia della cultura della sicurezza, che dell'individuazione dei motivi e delle cause degli incidenti stradali.

BIBLIOGRAFIA

APA (1987), “*DSM III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*”, American Psychiatric Press, Washington, DC.

APA (2000), “*DSM IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (fourth edition-text revision)*”, American Psychiatric Press, Washington, DC.

Axia G. (2006), “*Emergenza e psicologia*”, Il Mulino, Bologna.

Benincasa V. (a cura di)– **Ordine Psicologi del Lazio** (2005), “*Psicologia viaria. Gli interventi dello psicologo per ottimizzare il rapporto uomo-veicolo-strada*”, FrancoAngeli, Milano.

Blanchard E.B., Hickling E.J. (2004), “*After the crash*”, American Psychological association, Washington, DC.

Canterbury R., Yule W., (1997), “*The effects in children of road accidents*”. In Mitchel M. (Ed.), “*The aftermath of road accidents: psychological, social and legal consequences of an everyday trauma*”, Routledge, London, UK, pp. 375-387.

Carbone P. (2003), “*Ali di Icaro. Rischi e incidenti in adolescenti*”, Bollati Boringheri.

Carbone P., Capocaccia G., Tanucci G., Tedesco I.R. (2000), “*Prevention of accident risk in adolescence: a research model*”, *New trends in experimental and clinical psychiatry*, XVI, 1/4, 21-29.

Carbone P., Novelletto A. (1999), “*Valutazione dei fattori di rischio psicologici negli incidenti traumatici in adolescenza*”, *La ricerca in salute mentale: risultati, implicazioni e ricadute*, Istituto

Carbone P., “*Approccio psicodinamico all'incidente in adolescenza: una ricerca – intervento*”. In **Benincasa V.** (a cura di) – **Ordine Psicologi del Lazio** (2005), “*Psicologia viaria. Gli interventi dello psicologo per ottimizzare il rapporto uomo-veicolo-strada*”, FrancoAngeli, Milano, pp. 77-85.

Castelli, Sbattella (2003), “*Psicologia dei disastri*”, Carocci.

Costa M., Corazza L., Ricci Bitti P. E., “*Vademecum per l'automobilista*”. In “*Psicologia Contemporanea*”, Giunti, Milano 2005, n. 187, pp. 28-36.

Cusano M., “*Reazioni psicologiche nelle situazioni di crisi*”. In **Lo Iacono A., Troiano M.** (2002), “*Psicologia dell'emergenza*”, Editori Riuniti.

Cusano M., Napoli A., *“Fondamenti di psicologia dell'emergenza”*. In **Giannantonio M.** (2005), *“Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza”*, Ecomind, Salerno, pp. 317-334.

De Leo G., Quadrio A. (a cura di) (1995), *“Manuale di psicologia giuridica”*, LED, Milano.

Decreto pubblicato nella **Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 Agosto 2006** *“Criteri di Massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi”* - Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della Protezione Civile) del 13 Giugno 2006.

Dorfer M. (2004), *“Psicologia del traffico. Analisi e trattamento del comportamento alla guida”*, McGraw-Hill.

Dorfer M., *“Psicologia viaria. L'esperienza presso la Asl di Bolzano”*. In *“La professione dello psicologo”*, 6 (2) pp. 8-9.

Dorfer M., Wagenpfeil T., *“Il Driver improvement: i programmi terapeutico riabilitativi nel caso di infrazioni”*. In **Benincasa V.** (a cura di) – **Ordine Psicologi del Lazio** (2005), *“Psicologia viaria. Gli interventi dello psicologo per ottimizzare il rapporto uomo-veicolo-strada”*, FrancoAngeli, Milano, pp. 87-94.

Ellis A., Store G., Mayou R. (1998), *“Psychological consequences of road traffic accidents in children”*, European Child and Adolescent Psychiatry, vol. 7, pp.61-68.

Francescano D., Tomai M., Girelli G. (2002), *“Fondamenti di psicologia di calamità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione”*, Carocci Editore, Roma.

Federation Europeenne Des Victimes de le Ruote (FEVR) (1995), *“L'impatto della morte e dell'infortunio sulla strada”*

Garmezy N., Rutter M. (1983), *“Stress, coping and development in children”*, McGraw-Hill, New York.

Giannantonio M. (2005), *“Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza”*, Ecomind, Salerno.

Giannini G. (1986), *“Il danno alla persona come danno biologico”*, Giuffrè, Milano.

Gonzales J., Field T., Yando R., Gonzales K. (1994), *“Adolescents' perception of their risk-taking behavior”*, Adolescence, 29, 115, 701-709.

Grasso M., Cordella B., Pennella A. R. (2004), *“Metodologia dell'intervento in psicologia clinica”*, Carocci Editore, Roma, pp. 189-224.

Istat – Istituto Nazionale di Statistica, *“Statistica degli incidenti stradali”*, Istat - Produzione libraria e centro stampa, Roma, 11 Dicembre 2007.

Keskinen E., “*Why young drivers have more accidents?*”, Report from the First Interdisciplinary Conference of Young Drivers, 12-14 December 1994 in Cologne.

Kessler R.C., Sonega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995), “Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey”, *Archives of General Psychiatry*, n.52, pp.1048-1060.

Lo Iacono A., Troiano M. (2002), “*Psicologia dell'emergenza*”, Editori Riuniti.

Magrin M.E., “*Aspetti psicologici e giuridici del diritto alla salute*”. In **De Leo G., Quadrio A.** (a cura di) (1995), “*Manuale di Psicologia Giuridica*”, LED, Milano, pp. 535-573.

Maiocchi R. (2006), “*Gli effetti devastanti sulla salute di chi sopravvive agli incidenti stradali:familiari e disabili, quelli di cui non si parla mai*”, A.I.F.V.S.-onlus.

Mitchell J.T. (1983), “*When disaster strikes: The critical incident stress debriefing*”, *Journal of Medical Emergency Services*, n.8, pp. 36-39.

McFarlane A.C. (1987), “*Post-traumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster*”, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, pp. 764-769.

Norris F.K., Krzysztof K.Z. (1992), “*Reliability of delayed self-report in disaster research*”, *Journal of Traumatic Stress*, n.5, pp. 575-588.

Pajardi D., “*Il concetto di danno alla persona*”. In **De Leo G., Quadrio A.** (a cura di) (1995), “*Manuale di Psicologia Giuridica*”, LED, Milano, pp. 511-534.

Perrin S., Yule W., Smith P. (1996), “*Post-traumatic stress in children as a function of sibling and parental exposure to the trauma*”, Paper presented at the 12th Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco.

Pietrantonio L., Marini F. (2007), “*La gestione della crisi*”. In “*Psicologia Contemporanea*”, Giunti, Milano, n. 201, pp. 26-33.

Pignatta P. (2006), “*Tutte le altre vittime*”, *Famiglia Cristiana*, n. 8, pp. 70-71.

Quadrel M.J., Fischhoff B., Davis W. (1993), “*Adolescent (in)vulnerability*”, *American Psychologist*, 48, 2, 102-116.

S.I.P.E.M.- Onlus, “*Linee guida per la gestione delle situazioni di emergenza con i bambini*”.

Scotti J.R., Ruggiero K.J., Rabalais A.E. (2002), “*The traumatic impact of motor vehicle accidents*”. In **La Greca Silverman, Vernberg, Roberts** (a cura di), *Helping children cope with disaster and terrorism*, American Psychological Association, Washington, DC.

Serrati B. (2005), *“Supporto psicologico ai minori in Pronto Soccorso”*. In **De Isabella G., Renato L., Zagaglia S.** (a cura di), *“La psicologia tra ospedale e territorio”*, Centro Scientifico Editore, Torino.

Shapiro F. (1995), *“Eye Movement Desensitization Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures”*, New York: Guilford. (Trad. It. *“EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso I movimenti oculari”*, McGraw-Hill, Milano 2000).

Stallard P., Valleman R., Baldwin S. (1998), *“Prospective study of post traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents”*, BMJ, 317, pp.1619-1623.

Stallard P., Valleman R., Baldwin S. (2002), *“Recovery from post traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: the role of talking and feeling understood”*, Journal of community and applied social Psychology, 11, pp. 37-41.

Tursz A., Courtecuisse V., Jemmeret O., Sand A. (1986), *“Comportement de prise de risque et accident à l'adolescence dans les pays développés”*, Rev. Epidemiologique et Santé Publique, 34, 81-88.

Wikipedia, L'enciclopedia libera: Psicologia dell'Emergenza.

www.soccorritori.it : “Psicologia dell'Emergenza. Alcuni elementi.”

www.vittimestrada.org: sito Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada.

Young et al. (2002), *“L'Assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità”*, Erickson, Trento.