Ania
FONDAZIONE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

In collaborazione con:

Polizia di Stato

Ania Cares

LE VITTIME DELLA STRADA

Guida operativa rivolta agli assicuratori

Ania Cares

LE VITTIME DELLA STRADA

Guida operativa rivolta agli assicuratori

Il manuale e le linee guida rappresentano l'esito di un percorso complesso. Il modello di Pronto Soccorso Psicologico per le vittime della strada, dirette e indirette, è stato elaborato dal Comitato Scientifico di ANIA CARES, dai Gruppi di lavoro, operativo sui temi delle vittime della strada, e da esperti che hanno collaborato specificatamente su diverse aree tematiche

Responsabile scientifico

ANNA MARIA GIANNINI
Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma.

Hanno contribuito al manuale per il Comitato scientifico (in ordine alfabetico)

MASSIMO AMMANITI
Professore Emerito presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Membro del Board of Directors della World Association of Infant Mental Health (WAIMH). Membro della Task Force dell'American Psychiatric Association on "Psychiatric Diagnosis and Assessment" for DSM-V. Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT).

CECILIA GUARIGLIA
Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Fondazione Santa Lucia (IRCCS), Roma. Direttore della Scuola di Specializzazione in neuropsicologia clinica, Sapienza Università di Roma.

STEFANO GUARNIERI
Associazione Lorenzo Guarnieri Onlus.

UMBERTO GUIDONI
Dirigente Responsabile del Servizio Auto di ANIA. Segretario Generale della Fondazione ANIA.

RICHARD MOLLICA
M.D., Professor, Harvard Medical School. Direttore del Harvard Program in Refugee Trauma, (HPRT) Massachusetts General Hospital Boston, e dell'Harvard Medical School.

GIAMPAOLO NICOLAIS
Professore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma. Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT).

LUCA PIETRANTONI
Professore presso il Dipartimento di Psicologia, Università Alma Mater Studiorum di Bologna. Coordinatore del gruppo di ricerca "Human Factors, Risk and Safety".

Prefetto Dott. ROBERTO SGALLA
Direttore Centrale della Polizia Stradale, Ferroviaria, delle Comunicazioni e per i Reparti Speciali della Polizia di Stato Ministero dell'Interno.

ROGER SOLOMON
Psicologo, Psicoterapeuta, specializzato nelle aree del Trauma e del lutto. Docente Senior di EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Consulente del Senato Americano, della Nasa, e di diverse Polizie internazionali.

SANDRO VEDOVI
Responsabile del Progetto ANIA CARES per la Fondazione ANIA.

CRISTIANO VIOLANI
Professore Ordinario presso il Dipartimento di psicologia della Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Ricopre insegnamenti di Psicologia Clinica e di Psicologia della Salute in diversi Corsi di Studio delle Facoltà di Medicina e Psicologia, e di Farmacia e Medicina.

Hanno collaborato al manuale per il coordinamento del gruppo di lavoro

PIERLUIGI CORDELLIERI
Assegnista di Ricerca Presso Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Professore di psicologia generale e psicologia sociale presso la Pontificia Facoltà Auxilium.

LAURA PICCARDI
Professore di Psicologia Generale, Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento MESVA. Collaborazione scientifica con IRCCS, Fondazione Santa Lucia (Roma).

Hanno collaborato in qualità di esperti

LUIGI MASTROROBERTO
Medico legale, Consulente centrale di compagnie di assicurazione, Docente master medicina assicurativa privata.

FRANCESCA BARALLA
PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, specialista in Psicologia Clinica, Ricercatore presso il Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", Università del Molise.

Hanno inoltre contribuito per la Polizia di Stato

Dott.ssa ELISABETTA MANCINI
Primo Dirigente.

Dott.ssa LUCIANA BARON
Vice Questore Aggiunto.

Dott.ssa EMANUELA TIZZANI
Direttore tecnico capo psicologo della Polizia di Stato.

Indice

PRESENTAZIONE

INTRODUZIONE

1 CAPITOLO 1 - L'ASSICURAZIONE, IL RISARCIMENTO DEL DANNO E L'ATTIVITA' DI LIQUIDAZIONE

1.1 L'assicurazione
1.2 Il risarcimento
1.3 La liquidazione
1.4 Il rapporto con le vittime
1.5 Il supporto al liquidatore
1.6 Ulteriori elementi

2 CAPITOLO 2 - INCIDENTI E VITTIME DELLA STRADA: ELEMENTI OPERATIVI, REAZIONI E BISOGNI

- Premessa
2.1 La Psicologia dell'emergenza ed il Pronto Soccorso Psicologico
2.2 La vittima e i suoi bisogni
2.3 Le reazioni psicologiche della vittima
2.4 Il fenomeno della *resilience*
2.5 La crescita post-traumatica

3 CAPITOLO 3 - CONSEGUENZE, POSSIBILI ESITI PSICOPATOLOGICI E LORO VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

3.1 Le possibili conseguenze
3.1.1 La perdita e il lutto
3.1.2 Il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS)
3.1.3 Altri disturbi correlati ad eventi traumatici
3.2 Il danno biologico da perdita del rapporto parentale: inquadramento generale
3.2.1 Il risarcimento del danno alla persona secondo la dottrina del danno biologico
3.2.2 Il risarcimento del danno alla persona nelle vittime secondarie
3.2.3 L'accertamento e la valutazione medico legale del danno da lutto
3.2.3 .1 Il verificarsi del momento lesivo iniziale
3.2.3 .2 L'esistenza di una condizione menomativa permanente
3.2.3 .3 Il nesso causale fra l'evento iniziale ed il danno richiesto

4 CAPITOLO 4 - COMUNICARE CON LA VITTIMA

- Premessa
4.1 La competenza relazionale
4.2 La competenza comunicativa
4.3 Alcune caratteristiche della comunicazione
4.4 La comunicazione efficace
4.5 Il contatto con la vittima
4.6 Costruire e gestire la relazione con la vittima

LE VITTIME DELLA STRADA

Guida operativa rivolta agli assicuratori

Ania FONDAZIONE

5 CAPITOLO 5 -LE POSSIBILI REAZIONI DEGLI OPERATORI

5.1 Operatività e competenze personali
5.2 Dinamiche, reazioni e conseguenze dello stress lavorativo
5.3 Il *coping*
5.4 Il *burnout*
5.5 Il ruolo del supporto sociale

BIBLIOGRAFIA

PRESENTAZIONE

Ania Cares è un progetto che si occupa dei traumi psicologici che conseguono ad un incidente stradale. In questo modo si intende ridurre l'incidenza ed evitare il peggioramento della qualità della vita a carico delle vittime dirette e dei familiari dei gravi traumatizzati, garantendo un immediato servizio di consulenza e supporto psicologico. Per raggiungere questo obiettivo, il modello di intervento è costruito su un protocollo di Pronto Soccorso Psicologico, in grado di ridurre lo stress acuto causato dall'evento traumatico, con lo scopo di promuovere il funzionamento adattivo delle vittime di incidenti stradali e dei loro familiari.
Le principali ricadute del Progetto Ania Cares per ciò che riguarda il settore assicurativo, sono relative alla possibilità di contenere il contenzioso con i familiari delle vittime della strada, di migliorare la soddisfazione della clientela delle Compagnie aderenti, oltre che di consentire di innalzare la reputazione del settore assicurativo stesso.
Il Progetto ha privilegiato un modello di costruzione attiva delle proposte attraverso il metodo della compartecipazione e della condivisione delle procedure di verifica del know-how e del know-that, nonché di amplificazione del valore delle iniziative già messe in atto dalle singole Compagnie.
L'iniziativa ha consentito di portare a sistema le esperienze e le modalità operative che le imprese assicurative adottano nel trattare i casi dei macrolesi o delle vittime. Inoltre, l'approfondimento delle procedure liquidative degli incidenti gravi ha portato ad evidenziare quali potrebbero essere le migliori modalità per rapportarsi con il sistema liquidativo (liquidatori, avvocati, medici legali).
Dalle interviste con i responsabili della liquidazione dei principali gruppi assicurativi, è stato elaborato un modello formativo flessibile in grado di trasferire al personale interno alle compagnie, in particolare a coloro che hanno i maggiori contatti con le vittime ed i loro familiari, una serie di elementi utili a creare continuità con l'azione che verrà svolta dallo psicologo impegnato nel pronto soccorso psicologico a ridosso dell'incidente e nelle fasi successive.

Ania Cares ha fatto emergere un bisogno che era latente e poco considerato all'interno del settore assicurativo, la necessità di diminuire i livelli di stress e le difficoltà relative alle conseguenze emotive su chi professionalmente deve gestire un incidente e ogni giorno si trova a confrontarsi con eventi drammatici ed imprevisti.
In questo modo anche gli operatori assicurativi vengono supportati affinché la gestione di sinistri così gravi non porti anche ad un loro logoramento psicologico.

Ania Cares potrà essere un modello a livello internazionale per aiutare chi a seguito di un incidente stradale vede la propria vita sconvolta. E protagonista di questo innovativo approccio sarà il mercato assicurativo italiano.

Dott. Umberto Guidoni

INTRODUZIONE

"Oggi scrivo, ma sono anni, praticamente da sempre, che archivio ricordi, discorsi e confidenze.
Da mia madre. A piccolissime dosi. La sofferenza si riaccende in fretta e permette incursioni brevi, veloci; non si può restare troppo a lungo in quel territorio, si rischia di farle troppo male, e allora è meglio mettere un freno alla curiosità".

Mario Calabresi (2007).

La descrizione che ci fornisce Mario Calabresi è relativa ai suoi tentativi di ottenere quella che lui chiama una "condivisione della memoria" delle vicende che hanno preceduto la morte del padre, Luigi Calabresi, e consente di evidenziare cosa può accadere ad una vittima nel momento in cui si chiede di tornare nel "territorio" di un evento traumatico: la comunicazione può avvenire a "piccole dosi", con "incursioni brevi e veloci", perché "la sofferenza si riaccende in fretta". Nel descrivere i sentimenti da lui provati, vittima tra le vittime, nel percorso di ricostruzione degli eventi, emerge l'attenzione per quella che lui stesso definisce una "cautela figlia di una prudenza" che da sempre lo ha guidato e lo ha indotto a "non aprire d'improvviso certe stanze che potevano essere troppo piene per essere affrontabili". Il racconto che Mario Calabresi fa del suo stato psichico è particolarmente toccante e descrive con grande efficacia anche le difficoltà che si possono incontrare nell'approccio con le vittime di eventi potenzialmente traumatici, nonché i processi e gli stati di sofferenza psichica connessi all'esposizione ad eventi di tale valenza.
La parola "trauma" deriva dal greco τραῦμα che significa "ferita", ossia una lesione causata da una azione esterna violenta; come anche "sconfitta", ossia un esito negativo e sfavorevole connesso ad un evento. Questo duplice significato sottolinea come un trauma può generare delle ferite che possono modificare l'equilibrio mentale dell'individuo, con cambiamenti massicci del funzionamento psichico, come anche esiti sfavorevoli che possono agire sull'organizzazione difensiva stabile dell'individuo, sulle credenze relative alla prevedibilità del mondo e sulla perdita di fiducia nella bontà delle rappresentazioni del mondo esterno ed interno. Letteratura e mitologia sono colme di riferimenti relativi a storie in cui alle situazioni "limite" sono correlate tutta una serie di conseguenze dirette e indirette. I primi riferimenti scientifici sulle conseguenze di "esperienze di vita soverchianti" possono essere rintracciati, alla fine del 1800, in Oppenheim (1889) e Krafft-Ebing (1897), i quali avevano descritto in che modo una serie di eventi, come l'essere coinvolti in un incidente ferroviario o in una violenza brutale o essere stati in pericolo di vita, potevano agire sinistramente sulla psiche in modo da produrre quella che allora veniva definita una "nevrosi traumatica". Oggi, il quadro psicopatologico conseguente all'esposizione ad un evento traumatico viene chiamato Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS). Possediamo numerosi contributi che valutano l'incidenza delle esperienze traumatiche nello sviluppo di quadri psicopatologici, a partire dall'osservazione dei sopravvissuti dei campi di concentramento (e.g.: Kristal, 1968), della guerra del Vietnam (e.g.: Wilson, Raphael, 1993), come delle vittime di abusi sessuali e di violenza nell'infanzia (e.g.: Shengold, 1989), delle vittime di tortura (e.g.: Varvin, 2003), delle vittime di catastrofi naturali (e.g.: Ranasinghe, Levy, 2007), del terrorismo (e.g.: Danieli et al., 2005), nonché delle vittime di incidenti stradali (e.g.: Norris, 1992). Gli incidenti stradali sono considerati tra le principali cause nella genesi del Disturbo Post Traumatico da Stress (Kessler, 1995; Blanchard, Hickling, 1997; Blanchard et al., 2004; De Mey-Guillard et al., 2005). A seguito di un incidente si riscontra lo sviluppo anche di disturbi d'ansia, fobie specifiche (come quella legata al guidare detta amaxofobia), disturbi dell'umore, nonché disturbi da dipendenza, come l'utilizzo di sostanze psicoattive (McFarlane et al., 1997; Shalev et al., 1998; Mayou et al., 2001; O'Donnell et al., 2004a, 2004b; Ehring, 2006).
In queste linee guida saranno fornite delle indicazioni relative alle cautele da adottare nell'interazione con le vittime di incidenti stradali da parte del personale

specializzato ed alcune delle misure adottate per fornire un sostegno alle vittime dirette, ossia le persone che hanno riportato gravi ferite o macrolesioni, e alle vittime indirette, ossia i familiari delle persone ferite o decedute. Le tipologie di intervento psicologico e psicosociale proposte nell'ambito del Progetto ANIA Cares hanno l'obiettivo di ridurre lo stress acuto causato dall'evento traumatico, promuovere un funzionamento adattivo nelle vittime, ristabilire un senso di sicurezza ed avviare un processo di stabilizzazione. Le linee guida presentano delle indicazioni generali valide per tutti gli operatori che offrono una prima assistenza nel soccorso, ossia le Forze di Polizia (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizia Locale), la Croce Rossa Italiana (CRI), il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (VVF), la Protezione Civile e il Servizio Sanitario Nazionale (SNN), ma sono rivolte principalmente agli operatori del settore assicurativo.

Le linee guida vogliono fornire anche una descrizione delle più comuni reazioni allo stress ed allo stress post traumatico, nonché indicazioni su come queste esperienze possano condizionare le risposte comportamentali delle vittime e dei loro familiari, così da rendere gli operatori del mondo assicurativo più consapevoli delle dinamiche associate al trauma, nonché di agevolare i processi comunicativi che possono essere fortemente influenzati e resi difficoltosi in seguito all'esposizione ad esperienze potenzialmente traumatiche; in ultimo, valutare gli effetti che possono derivare dal trattare in ambito professionali tematiche di difficile elaborazione e situazioni di sofferenza, come accade agli operatori del mondo socio assistenziale ed anche assicurativo che sono a contatto con le vittime e con le loro vicende di vita.

Utilizzando le parole di Calabresi, queste linee guida hanno l'obiettivo di fornire delle indicazioni per muoversi nel "territorio" di un evento traumatico, utilizzando quelle "cautele" e quella "prudenza" necessarie e che si dimostrano indispensabili per affrontare l'interazione con persone che hanno subito un trauma e per favorire l'ascolto dei bisogni delle vittime di tali esperienze potenzialmente soverchianti, come anche dei loro familiari. A tal fine, si presenteranno delle indicazioni con lo scopo di descrivere le modalità di interazione più adeguate e capaci di favorire il processo di comunicazione. Verranno presentati dei modelli di comunicazione efficace e sensibile ai bisogni delle vittime, nell'ottica di preservarle da processi di vittimizzazione secondaria, oltre che di garantire all'operatore di svolgere il proprio lavoro con competenza ed efficacia, pur muovendosi in un territorio complesso che può esporre l'operatore stesso a vissuti emotivi disturbanti. Le linee guida si pongono, infatti, anche l'obiettivo di evidenziare le specifiche difficoltà connesse all'agire professionale, ossia descrivere gli effetti sugli operatori del mondo assicurativo delle interazioni e degli interscambi con le persone coinvolte in esperienze traumatiche, nonché dell'esposizione continua ad eventi con valenza potenzialmente traumatica. In tal senso, si considereranno anche i fattori protettivi e le misure che possono favorire i normali processi di adattamento ed i vissuti di competenza e di adeguatezza operativa, con l'obiettivo di consentire di sperimentare vissuti di accordo (match), invece che di disaccordo (mismatch), con il compito istituzionale e con gli obiettivi lavorativi. La ricerca sugli effetti dello stress in ambito lavorativo, come anche del burnout, hanno sottolineato che specifici vissuti emotivi attivi negli operatori possono predisporre ad avere maggiori rischi di vissuti di esaurimento emotivo e di scoraggiamento che agiscono negativamente anche nell'ambito professionale e nella gestione operativa dei casi.

L'ASSICURAZIONE, IL RISARCIMENTO DEL DANNO E L'ATTIVITA' DI LIQUIDAZIONE

CAPITOLO

1

Ania
FONDAZIONE

1.1 L'Assicurazione

L'Assicurazione nasce con l'obiettivo di proteggere le persone da un evento (rischio) che potrebbe verificarsi in maniera inaspettata evitando che questo evento provochi una spesa o una diminuzione di ricchezza disponibile, sia distruggendola sia impedendone la formazione.
La funzione del contratto di assicurazione è quella di eliminare o quantomeno ridurre le conseguenze economiche negative legate ad un rischio trasferendo tale rischio ad una Compagnia di Assicurazione. L'evento può riferirsi alla persona (come una malattia o un infortunio) oppure ai suoi beni. Può trattarsi, infine, dell'eventualità di essere chiamati a risarcire un danno procurato ad altri, come avviene nelle polizze di responsabilità civile.
L'assicurazione nasce nel Medioevo sulla spinta dei mercanti che avevano necessità di trasportare merci via mare e nel corso dei secoli si evolve, raggiungendo una diffusione di massa quando grazie alla diffusione dei veicoli a motore diventa sempre più evidente la necessità di proteggere le persone dai rischi dovuti alla circolazione di massa.
La Responsabilità Civile Auto (conosciuta anche come RCA o RC auto) viene introdotta per legge in Italia nel 1969 (legge n. 990 del 24 dicembre 1969) ed, ancora oggi, è l'unica copertura assicurativa obbligatoria prevista per legge. Il Codice della Strada (articolo 193) prescrive infatti che i veicoli a motore circolanti o sostanti su strade pubbliche, debbano avere una copertura assicurativa per risarcire eventuali danni provocati a terzi o cose.
La legge specifica nei dettagli come ed in che termini debba avvenire il risarcimento dei danni materiali e delle eventuali vittime.

1.2 Il risarcimento

L'articolo 2054 del Codice Civile stabilisce che il conducente di un veicolo è obbligato a risarcire il danno prodotto a persone o a cose dalla circolazione del mezzo, se non prova di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno.
Il Legislatore ha visto nella circolazione di veicoli un'attività pericolosa e per questo motivo ha voluto porre un elevato livello di tutela della collettività, tanto alto che non solo è considerato responsabile il conducente ma anche il proprietario del mezzo se diverso.
L'Impresa di assicurazione, in cambio di un premio versato, si sostituisce nel tutelare conducente e proprietario qualora venga chiamato a rispondere di eventuali danni provocati e ne venga provata la responsabilità.

Le modalità di risarcimento

Il 1 gennaio 2006 con il Decreto Legislativo 209 del 2005 è entrato in vigore il nuovo Codice delle Assicurazioni, un "testo unico" che ha accorpato tutte le norme preesistenti in materia.
Il Codice delle Assicurazioni regolamenta, anche, le procedure di risarcimento del danno. Ne sono presenti due:

1. risarcimento diretto
2. ordinaria

La **procedura di risarcimento diretto** e' entrata in vigore il 1/1/07 (applicabile per sinistri avvenuti dal 1/2/07) ed ha sostituito la vecchia procedura denominata CID (convenzione indennizzo diretto).
Il risarcimento diretto si applica per tutti i sinistri tra due veicoli (immatricolati ed

assicurati in Italia) con danni agli stessi o ai loro conducenti (lesioni di lieve entita' quelle i cui postumi variano da 1 a 9 punti di invalidita), nonche' alle cose trasportate di proprieta' dell'assicurato o del conducente, anche quando nel sinistro siano coinvolti terzi trasportati.
In questo caso l'Assicurato-danneggiato, che ritenga di aver ragione, si rivolge alla propria Compagnia di assicurazione per la liquidazione dei danni subiti.
Questa procedura costituisce un'eccezione rispetto alla disciplina ordinaria che prevede che la richiesta di risarcimento vada proposta dal conducente-danneggiato nei confronti dell' impresa assicuratrice che ha stipulato il contratto relativo al veicolo utilizzato ed è stata introdotta per favorire i consumatori, in quanto consente di velocizzare i tempi per il risarcimento del danno subito, quando sia certa e chiara la responsabilità.
La denuncia va inoltrata all'assicurazione entro 3 giorni dal sinistro (art.1913 Codice Civile) e il diritto di risarcimento del danno si prescrive in 2 anni dall'evento (art.2947 Codice Civile).

La **procedura ordinaria** si riferisce invece a tutte le altri casi di incidente non contemplati dalla procedura del risarcimento diretto. In questo caso la denuncia di sinistro dovrà essere presentata alla propria Compagnia di Assicurazione e la richiesta di risarcimento del danno dovrà essere rivolta alla Compagnia di Assicurazione del responsabile civile.
Se vi sono anche danni alle persone la richiesta deve anche indicare i dati delle persone che hanno subito lesioni (o che sono decedute) nonche' la descrizione dei fatti. Nei casi in cui la guarigione non e' immediata la pratica rimane aperta in modo che possano essere inoltrati tutti i certificati medici inerenti la continuazione della malattia. La pratica potra' dirsi conclusa, con decorrenza quindi dei termini di liquidazione a carico della compagnia, solo dal momento in cui sara' stata ricevuta la documentazione medica inerente la guarigione.

Il risarcimento del terzo trasportato

Qualora nell'incidente sia coinvolto un passeggero trasportato, questo sarà sempre risarcito, indipendentemente dall'accertamento della responsabilita' dei conducenti dei veicoli coinvolti nel sinistro. Per ottenere il risarcimento il terzo trasportato deve inoltrare apposita domanda alla Compagnia assicuratrice del veicolo sul quale era a bordo al momento del sinistro, seguendo la procedura di risarcimento ordinaria.

I termini in cui le Imprese assicuratrici devono proporre il risarcimento

Le Imprese assicuratrici hanno dei termini ben definiti previsti dalla normativa per la formulazione di un'offerta di risarcimento o della comunicazione dei motivi specifici per i quali non si ritiene di fare una proposta:

- **30 giorni** dalla ricezione della richiesta in caso di danni a cose e in presenza di una denuncia di sinistro sottoscritta da entrambi i conducenti coinvolti;
- **60 giorni** dalla ricezione della richiesta in caso di danni a cose e in presenza di una denuncia di sinistro sottoscritta dal solo danneggiato;
- **90 giorni** dalla ricezione della richiesta in caso di danni alla persona. Tale termine viene interrotto nel caso in cui il danneggiato rifiuti gli accertamenti strettamente necessari alla valutazione del danno alla persona.

In caso di richiesta incompleta degli elementi prescritti dalla legge, l'invito da parte dell'Impresa di assicurazione a regolarizzare la richiesta interrompe i termini di cui sopra sino al ricevimento delle integrazioni.

Se dalla Compagnia non viene proposta l'offerta o non vengono spiegati i motivi per i quali si rifiuta di risarcire il danno, il danneggiato può:

1. Promuovere l'azione diretta in giudizio nei confronti dell'Assicurazione.
2. Proporre reclamo all'IVASS (Istituto di Vigilanza delle Assicurazioni) segnalando l'inadempienza dell'Assicurazione che non abbia rispettato i termini. L'IVASS potrà comminare le sanzioni nei confronti dell'Assicurazione negligente.

L'azione è esperibile quando siano trascorsi 60 giorni (in caso di danni ai soli veicoli) o 90 giorni (in caso di lesioni di lieve entità) decorrenti dalla data di richiesta di risarcimento danni inviata all'impresa assicuratrice.

Gli scenari una volta proposto il risarcimento

Dopo che la Compagnia ha proposto il risarcimento si aprono tre possibili scenari:

1. il danneggiato accetta il risarcimento: in questo caso l'impresa versa la cifra concordata entro 15 giorni dall'accettazione. Il danneggiato sarà tenuto a rilasciare quietanza liberatoria.
2. il danneggiato non accetta: In questo caso l'impresa paga lo stesso la cifra proposta entro 15 giorni dalla non accettazione, ma la stessa deve considerarsi come "acconto". Se il danneggiato non intende accettare l'offerta proposta, dev'essere avviato un procedimento giudiziario di risarcimento nei confronti della compagnia del responsabile (chiamando in causa anche quest'ultimo). Nel corso del procedimento ci si può avvalere di consulenti tecnici per determinare la reale entità del danno e fornire così al giudice gli elementi informativi utili per decidere.
3. il danneggiato non risponde: In questo caso la compagnia deve comunque liquidare il danno, entro 30 giorni dalla proposta. La somma in tale modo corrisposta sarà imputata quale acconto sull'eventuale liquidazione definitiva del danno.

1.3 La liquidazione dei sinistri e l'organizzazione delle Imprese di Assicurazione

Abbiamo brevemente descritto la complessa procedura che le norme prevedono per la liquidazione dei danni causati da un sinistro.
Proprio la grande mole di sinistri e quindi di denunce ed i termini stringenti previsti per rispondere alle richieste dei danneggiati hanno spinto le Imprese di assicurazione a definire un'organizzazione molto puntuale dove è prevista una struttura specializzata nella gestione dei sinistri al cui interno vi sono periti che verificano l'entità dei danni materiali, medici legali che analizzano la gravità dei danni fisici secondo dei parametri predefiniti da tabelle mediche e ne definiscono la loro congruità rispetto al valore del risarcimento richiesto e liquidatori che sono deputati a decidere l'entità del risarcimento.
La Fondazione ANIA, in occasione dell'avvio del progetto "Ania Cares" ha provveduto a realizzare una serie di interviste ai responsabili della liquidazione sinistri delle principali Compagnie, rappresentative del 90% del mercato Rc Auto.
Le interviste hanno consentito di avere una fotografia precisa di come venga gestita all'interno delle imprese questa delicata fase che mette in contatto mondo assicurativo con i propri clienti coinvolti in un incidente stradale.
In generale l'area della liquidazione è strutturata a livelli, vede alla base un numero notevole di periti e liquidatori che trattano le denunce con solo danni a cose e gruppi sempre più specializzati che valutano casi di valore maggiore o con lesioni fisiche lievi, fino ad arrivare a un pool limitato di esperti, altamente specializzato, che si occupa dei casi con invalidità gravi o vittime.

La struttura è nella maggior parte dei casi centralizzata presso la direzione generale. Le Imprese di assicurazione hanno definito delle procedure interne che prevedono la segnalazione da parte degli uffici preposti a raccogliere le denunce di sinistro di quei casi che coinvolgono in particolare pedoni, ciclisti, motociclisti, in quanto si ritiene che l'incidente possa avere buone probabilità di esitare in una prognosi medio-grave che comporta quindi lesioni con prognosi complesse ed un elevato costo d'indennizzo.
Per quanto riguarda i sinistri che coinvolgono più in generale i veicoli è prevista un'organizzazione che in base ad una serie di parametri prevede a monte una selezione (segmentazione) degli incidenti più gravi. Lo stesso sistema informatico incanala verso un binario maggiormente attenzionato quelle denunce che secondo una serie di indicatori possono rappresentare un danno alla persona elevato.

1.4 Il rapporto con le vittime

Le interviste hanno evidenziato come il settore assicurativo, soprattutto nella prima fase post incidente, non abbia rapporti diretti con le vittime e/o i loro familiari.
L'attività si svolge in maniera prevalentemente documentale con la raccolta di tutta una serie di atti (verbali delle Forze dell'ordine intervenute, certificati medici, perizie) che vanno a costituire il fascicolo del sinistro.
Il rapporto viene tenuto in prevalenza con il legale che cura gli interessi delle vittime e/o i loro familiari ed in forma di comunicazione quasi esclusivamente scritta.
I contatti diretti, nei limitati casi nei quali avvengono, si concentrano nella fase conclusiva dell'iter risarcitorio, essenzialmente al momento dell'offerta dell'indennizzo.
Nei casi in cui la richiesta di risarcimento sfoci in un contenzioso legale, il rapporto tra impresa di assicurazione ed assicurato non avviene mai in forma diretta ma è sempre mediato da un legale che rappresenta nel processo le parti.
Nonostante i rapporti diretti siano limitati è fondamentale curare il modo in cui la comunicazione viene formulata, trovando un giusto equilibrio fra la distanza professionale e la partecipazione umana, la ricerca di una giusta vicinanza rispetto a persone sconosciute ma con sentimenti e stati d'animo provati dall'evento e la fredda procedura burocratica che deve seguire l'iter della legge. Per questo motivo è importante curare anche gli aspetti non verbali della comunicazione, considerando che anche una semplice lettera, una volta spedita, arriva in una famiglia in un momento di grande malessere, per questo la sua formulazione deve essere meditata e richiede equilibrio e disponibilità al dialogo. Un approccio troppo tecnicistico può rendere il rapporto distaccato e spingere ad una diffidenza reciproca, mentre un eccessivo coinvolgimento emotivo può essere in contrasto con la professionalità e l'aiuto concreto che i familiari si attendono.
In questi anni il settore assicurativo ha probabilmente privilegiato l'approccio tecnicistico e distaccato creando molta distanza con i propri assicurati/danneggiati. Una situazione che va recuperata.

Le imprese di assicurazione ed i progetti di sostegno alle vittime

Rapportarsi con un evento grave, alle volte luttuoso, non può essere solamente un rito burocratico scandito dalle procedure date dalle normative assicurative ma deve essere affrontato avendo la consapevolezza che ci si troverà di fronte a delle persone, alle loro reazioni, ai loro sentimenti.
I rapporti diretti tra imprese di assicurazione e le vittime e/o i loro familiari sono, come abbiamo visto, limitati ma non del tutto assenti.
Alcune compagnie nel caso di macrolesi hanno elaborato dei progetti che si pongono l'obiettivo di costruire, intorno alla persona e al proprio nucleo familiare, un sostegno basato su nuovi e diversi equilibri tali da garantire all'assistito un miglioramento

della propria condizione di disagio. Un equipe, coordinata dal tutor medico, valuta le varie problematiche connesse al caso programmando un piano di lavoro connesso alla riabilitazione, all'adeguamento dell'abitazione rispetto alle nuove condizioni fisiche (es. abbattimento barriere architettoniche), alla mobilità (es. adeguamento del veicolo), al supporto psicologico, al lavoro. L'obiettivo è di alleviare la condizione di disagio della vittima gravemente traumatizzata e/o dei familiari che la debbono assistere.
Con questa tipologia di iniziativa l'impresa di assicurazione si offre di prendere in carico la situazione clinica e raccogliere le esigenze del paziente e della famiglia, assistendoli in termini di orientamento all'utilizzo delle risorse più idonee al caso, aiutandoli a trovare cure migliori e una migliore gestione delle nuove condizioni di vita, sopraggiunte in maniera traumatica ed improvvisa, tanto da sconvolgere la vita.
Il programma costituisce una forma di liquidazione parziale in forma specifica (ex art. 2058 c.c. primo comma) del danno afferente a un contratto di assicurazione per la responsabilità civile.
Una gestione proattiva del danno patrimoniale può contenere la litigiosità, ridurre i tempi di liquidazione, può migliorare l'aspettativa e la qualità di vita del grande traumatizzato.
Purtroppo rispetto a questi programmi, molto diffusi all'estero, l'Italia sconta ancora una certa diffidenza e la preferenza ricade quasi sempre su un risarcimento in denaro che viene gestito dalla vittima e/o dai familiari, piuttosto che in un progetto di vita più ampio che preveda un supporto rispetto alla nuova condizione di grave traumatizzato.

1.5 Il supporto al liquidatore

Spesso il liquidatore si copre dietro la procedura tecnica, si disumanizza per proteggersi dallo stress psicologico provocato dai casi che tratta, pensando che astrarsi o vedere l'incidente come pratica burocratica possa aiutarlo a non portare a casa i problemi.
Ania Cares si pone anche l'obiettivo di fornire degli strumenti che possano accrescere le risorse personali e che possano essere utili a limitare lo stress psicologico che può dare la drammaticità dei casi gestiti. Comprendere meglio le implicazioni psicologiche aiuta anche a valutare meglio i casi per evitare disparità di trattamento ed evitare di dare di più alle vittime più aggressive sotto l'aspetto legale, rispetto a quelle che invece hanno più bisogno di aiuto.
Le interviste realizzate hanno evidenziato come chi svolge all'interno della compagnia d'assicurazione questa mansione sopporta un carico emotivo elevato e come sia sentita l'esigenza di poter ogni tanto resettare, scaricare lo stress, in modo da affrontare meglio i nuovi casi che ogni giorno si presentano.
Il supporto psicologico viene visto come elemento di aiuto per evitare il logorio mentale per chi fa da tanti anni questo tipo di lavoro, riducendo il rischio di burnout, la sindrome che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto o che sono a stretto contatto con situazioni di disagio fisico, mentale ed economico e che comporta **difficoltà emotive, depersonalizzazione** ed un atteggiamento spesso improntato al **cinismo**.
Gli intervistati hanno sottolineato come, in certi casi, soprattutto quando si hanno situazioni che coinvolgono i giovani, il carico emotivo diventi difficilmente sostenibile e si manifesti un senso di impotenza, ritenendo quanto venga fatto poco utile ad influire sull'esito di un determinato evento per cambiare una situazione gravemente compromessa.
Altri sentimenti registrati che creano disagio possono essere l'assenza di equità, verificando come casistiche simili vengano trattate in modo differente o la contrapposizione di valori, quando la persona non condivide i valori che l'organizzazione trasmette oppure quando i valori non trovano corrispondenza, a livello organizzativo, nelle scelte operate e nella condotta. Questi elementi andrebbero fatti emergere in modo che l'impresa possa intervenire sulla propria organizzazione migliorando le criticità, evitando così che questa situazione di disagio possa avere ripercussioni negative nel rapporto con i propri assicurati ed una riduzione della

soddisfazione sul servizio offerto.
Le interviste hanno evidenziato anche un'altra necessità del liquidatore assicurativo, quella di avere maggiori conoscenze in materia di medicina legale. Il suo ruolo è infatti quello di compiere valutazioni sulla dinamica dell'incidente ma anche sulla gravità delle lesioni e delle relative conseguenze e postumi e per questo si confronta con periti e medici legali per raccogliere tutti gli elementi utili a formulare una valutazione del danno. Per comprendere al meglio un linguaggio estremamente tecnico e sostenere il confronto dialettico con i legali di parte ed i loro consulenti tecnici.
Venendo incontro a queste esigenze Ania Cares rende disponibile un percorso formativo che faccia emergere le problematiche segnalate e fornisca delle utili soluzioni, oltre a mettere a disposizione una rete di supporto attivabile in caso di bisogno.

1.6 Ulteriori elementi

Il monitoraggio effettuato presso le imprese di assicurazioni aderenti ad Ania Cares ha evidenziato un quadro positivo delle modalità con cui il mondo assicurativo si rapporta con le vittime, da cui emerge una forte attenzione ai grandi traumatizzati, attenzione testimoniata dal fatto che in tutte le compagnie è presente un'organizzazione che tende ad identificare i casi più gravi ed a trattarli su binari preferenziali, utilizzando personale altamente qualificato e in numerosi casi è presente anche uno staff di supporto per migliorare la qualità della vita del macroleso.
Attenzione organizzativa che si concentra su una corretta valutazione della gravità del danno per procedere ad un equo indennizzo nei tempi più rapidi possibili, secondo quanto prevede la legge. La rapidità di liquidazione è, infatti, considerata un importante indicatore di valutazione della qualità del servizio fornito ai propri assicurati, una fase fondamentale in cui il cliente si interfaccia con la Compagnia e ne valuta la correttezza, l'efficienza e la qualità. La creazione di procedure per rendere più efficiente il servizio rischiano di scontrarsi con un'eccessiva burocratizzazione e spersonalizzazione del rapporto con le vittime. Anche la comunicazione risente di questi aspetti gestionali tanto che diventa fredda e didascalica, trasformando un dramma che coinvolge persone e famiglie in una pura pratica amministrativa, asettica e distante.
Se a ciò aggiungiamo il fatto che il rapporto tra le vittime e l'assicurazione è sempre mediato da un legale che a sua volta usa un linguaggio giuridico, possiamo facilmente comprendere come tra le parti ci sia alla base una grande distanza e manchi pressoché del tutto uno scambio, un dialogo.
Questi aspetti creano la frattura ed un incomprensione di fondo, dove il settore assicurativo è convinto di svolgere al meglio il proprio lavoro, rispettando alla lettera le scadenze date dalla legge, mentre in realtà fornisce di sé un'impressione di distacco e cinismo, di attenzione agli aspetti economici e poco alla situazione delle vittime, creando in queste ultime un senso di disagio ed in alcuni casi di abbandono.
Questa dicotomia ANIA Cares propone di risolverla creando momenti di contatto tra i due mondi, facendo sì che il settore assicurativo fornisca più informazioni sulle proprie procedure di gestione di un risarcimento, espliciti chiaramente i diritti che la vittima ha e li comunichi in maniera più semplice e chiara e infine renda disponibile un supporto psicologico che aiuti ad affrontare un evento imprevisto ed inaspettato che ha sconvolto la vita di un'intera famiglia.

INCIDENTI E VITTIME DELLA STRADA: ELEMENTI OPERATIVI, REAZIONI E BISOGNI

CAPITOLO

2

Premessa

Ogni anno 1.2 milioni di persone nel mondo muoiono in seguito ad incidenti stradali con altri milioni di utenti della strada che riportano lesioni gravi e che sopravvivono con esiti negativi a lungo termine per la loro salute (WHO, 2015). Il numero dei decessi stradali - 1,25 milioni nel 2013 - è rimasto abbastanza costante dal 2007, nonostante l'aumento della motorizzazione globale e della popolazione (WHO, 2015). A livello globale, gli incidenti stradali sono stimati essere la nona causa di morte per tutti i gruppi di età e la principale causa di morte tra i giovani, in particolare tra quelli di età compresa fra i 15-29 anni (WHO, 2014, 2015).
In Europa (Ue28), le vittime di incidenti stradali nel 2014 sono state 25.896 (26.025 nel 2013). I dati ci informano che in Europa, nel 2014, ci sono stati 51 morti ogni milione di abitanti per incidente stradale (European Transport Safety Council, 2015). Nel nostro paese, nel 2014, si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone ed il ferimento di altre 251.147 (ISTAT, 2015). I numeri di decessi e di feriti a seguito di incidente stradale costituiscono una tale emergenza a livello sanitario che, a livello mondiale, sono presenti numerosissime iniziative in ambito preventivo con l'obiettivo di ridurre i tassi di mortalità sulle strade.
Ma occorre sottolineare che, oltre ai decessi, ci troviamo di fronte ad un numero molto elevato di gravi conseguenze per la salute a seguito di incidente stradale: gli esiti invalidanti possono essere, infatti, di diversa natura, spesso molto gravi e permanenti. In Italia, in particolare, si stimano circa 300-400 traumi cranici encefalici (TCE) per 100.000 abitanti/anno (Servadei et al., 1988), escludendo quelli lievi che non si accompagnano a perdita della coscienza. Nella fattispecie, gli incidenti stradali sono una delle principali cause di TCE nei giovani adulti, sebbene possa verificarsi per ulteriori altre ragioni (i.e., incidente domestico, aggressioni fisiche, infortuni nello sport o sul luogo di lavoro e incidenti stradali). Inoltre, in Italia l'incidenza delle lesioni midollari si considera pari a circa 20-25 casi per ogni milione di abitanti e tra questi il 60-70% risulta di origine traumatica. Una delle conseguenze degli incidenti stradali è l'impatto che questi hanno anche sui familiari delle vittime, i quali vivono un'evidente caduta della qualità della vita a seguito della morte, ma, soprattutto, degli esiti invalidanti connessi agli incidenti. Come ci ricordano Sbattella e Tettamanzi (2007), le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali sono state a lungo trascurate sia dai servizi di salute pubblica, sia dalla ricerca scientifica. Soltanto da qualche anno stiamo assistendo ad una più diffusa attenzione alle problematiche psichiche conseguenti all'incidentalità stradale da parte della ricerca scientifica (Blanchard et al. 2004). Negli ultimi anni si stanno attivando una serie di iniziative al fine di assicurare il necessario supporto psicologico alle vittime della strada. Ne sono degli esempi, oltre al Progetto Ania Cares, anche le iniziative promosse dall'associazione P.A.S.S. (Psicologi Associati per la Sicurezza Stradale) di Milano e dal Centro Assistenza Vittime della strada "Help" di Roma, nonché dalla Fondazione Luigi Cuccione Onlus, con attività che propongono interventi di sostegno psicologico nei casi di traumi di natura psichica conseguenti ad incidenti stradali, così come alcuni progetti locali quale quello avviato dalla Regione Umbria nel 2015, di concerto con le Unità Sanitarie Umbria 1 e 2.
Le ricerche condotte hanno evidenziato come alcuni bisogni fondamentali delle vittime, quali essere adeguatamente informati, assistiti nelle pratiche legali, riconosciuti nello status di vittime e, in particolare, assistiti psicologicamente, siano stati spesso disattesi. Oltre questo, sappiamo dalle indagini condotte che le persone coinvolte in incidenti stradali o i familiari delle vittime con exitus fatale, possono sperimentare una serie di reazioni (fisiche, psicologiche, emotive e comportamentali) che possono interferire con le capacità di fronteggiare e superare l'evento.
In questa sezione verranno fornite delle indicazioni relative agli interventi di Pronto Soccorso Psicologico rivolti alle vittime di incidenti stradali, utilizzati per ridurre lo stress acuto causato dall'evento traumatico, insieme ad alcune misure adottate per fornire un sostegno alle vittime dirette, ossia le persone che hanno riportato gravi ferite o macrolesioni, e alle vittime indirette, ossia i familiari delle persone ferite o decedute. Queste tipologie di intervento hanno anche l'obiettivo di promuovere un

funzionamento adattivo nelle vittime, ristabilire un senso di sicurezza ed avviare un processo di stabilizzazione. Saranno anche descritti i bisogni delle vittime e le più comuni reazioni allo stress post traumatico, nonché fornite indicazioni su come le esperienze traumatiche possano condizionare le risposte comportamentali delle vittime e dei loro familiari.

2.1 La Psicologia dell'emergenza ed il Pronto Soccorso Psicologico

La **Psicologia dell'emergenza** si occupa dello studio dei **fenomeni psichici, cognitivi** e **comportamentali** che insorgono nelle **situazioni di emergenza**, come anche dello **studio e del trattamento del trauma psichico**, come conseguenza di eventi critici che hanno colpito una persona o una comunità.
Secondo la definizione della *Federal Emergency Management Agency (FEMA) e della Emergency Management Istitute: "una emergenza è un evento che minaccia, o effettivamente rischia di danneggiare, persone o cose"*. Con disastri o incidenti gravi vengono descritti un insieme di **condizioni avverse** che causano la morte o il ferimento di persone e che possono provocare la distruzione fisica di proprietà ed il coinvolgimento di intere comunità sociali. Questi eventi sono considerati traumatici per la loro **forza distruttiva**, sia fisica (morte, devastazione), sia psicologica (ansia, paura, perdita di controllo), ed il loro **impatto** può essere tale da rendere le persone coinvolte incapaci di fare ricorso anche alle risorse cognitive ed emotive normalmente disponibili.
In Italia, la legge n. 225 del 24 febbraio 1992 che ha istituito la Protezione Civile, individua tre diverse **categorie di eventi di emergenza** che possono essere classificati come segue:

- **incidenti semplici**, ossia eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che possono essere fronteggiati mediante interventi attuabili dai singoli Enti e Amministrazioni competenti in via ordinaria;
- **incidenti complessi**, ossia eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che, per loro natura ed ampiezza, comportano l'intervento coordinato di più Enti o Amministrazioni competenti in via ordinaria;
- **disastri**, ossia calamità naturali, o connesse con l'attività dell'uomo, che in ragione della loro intensità ed estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo.

Seppur con qualche difformità, la letteratura scientifica (e.g.: Pietrantoni, Prati, 2009) distingue tra **maxi-emergenze**, ossia "eventi maggiori" o catastrofi, con cui si indica un avvenimento avverso su una comunità che può avere differenti caratteristiche per intensità, tempo/durata e spazio coinvolto, e **mini-emergenze**, ossia situazioni di emergenza individuale o di piccola scala.
Vi sono numerose evidenze scientifiche che sottolineano l'importanza di intervenire con **adeguati programmi psicosociali** fin dal periodo immediatamente successivo all'evento emergenziale (Bleich et al. 2003).
L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il più rappresentativo dei cinque Organi Istituzionali che fanno parte dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, già nella Risoluzione n. 43/131 del 1988, e poi nella successiva n. 45/100 del 1990, stabiliva la "**necessità di prendersi cura delle vittime**" (*"to take care of the victims"*). Il "prendersi cura delle vittime", nel tempo è divenuto sempre più definito, consentendo di provvedere anche a definire in modo sempre più chiaro l'oggetto dell'intervento, come anche le modalità per realizzarlo. Ne è un esempio la fondazione nel 1992, all'interno delle Nazioni Unite, della Inter-Agency Standing Committee o IASC (*cfr.*: risoluzione 46/182 del 1991, United Nation, General Assembly). La IASC, nel febbraio 2007, ha pubblicato le linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza, in cui il supporto psicologico per la tutela della salute mentale viene collocato a livello delle funzioni essenziali per l'intervento di emergenza e affiancato alla sicurezza alimentare, alla garanzia del riparo, alla

fornitura dell'acqua e dei servizi igienici (IASC, 2007).
Il supporto psicosociale consiste in ogni tipo di supporto locale o internazionale finalizzato a **tutelare** o a **promuovere il benessere psicosociale** e/o a **prevenire o trattare l'insorgenza di un disturbo mentale**. Il supporto psicosociale può svolgere un ruolo rilevante nell'impedire che la condizione traumatica determini una psicopatologia, come anche nel sostenere la vittima nei casi di una disabilità acquisita. Un'efficace azione di primo intervento psicologico dovrebbe perseguire cinque obiettivi (Hobfoll et al., 2007):

- promuovere un senso di sicurezza;
- ripristinare un ritorno alla calma;
- incoraggiare il senso di efficacia individuale e collettiva;
- promuovere il senso di connessione a una rete sociale;
- favorire un senso di speranza.

Si tratta pertanto di avviare interventi che sappiano agire sulle **condizioni acute**, ripristinando processi di regolazione emotiva più funzionali nelle vittime, cercando di **prevenire l'isolamento** sociale e promuovendo l'acquisizione di una nuova percezione di auto-efficacia.
Numerose ricerche mostrano come le vittime di gravi eventi che non ricevono un supporto psicologico adeguato, hanno una **maggiore probabilità di sviluppare disturbi psicopatologici**, come anche di andare incontro ad episodi di disregolazione emotiva e di impulsività con più frequenti tentativi suicidiari (Freedman, 2004; Lemay, 2005). Diversamente, nei casi in cui viene assicurato - con una tempistica adeguata- un supporto psicologico di base, diminuisce notevolmente la percentuale di individui che sviluppano gravi problemi di salute mentale, mentre vengono favoriti nuovi processi di adattamento e di integrazione sociale.
Occorre sottolineare che, durante le emergenze sperimentiamo una particolare tipologia di relazione, la **relazione d'aiuto**, spesso una relazione connessa all'agire professionale, di natura occasionale e temporanea, tra "chi chiede aiuto" e "chi offre l'aiuto", ossia tra un individuo (conosciuto/sconosciuto) ed un soccorritore. L'esperienza di questi ruoli emotivamente intensi implica per gli operatori la gestione di una **funzione primaria**, come quella "materna" o "genitoriale", che consente alle persone coinvolte di stabilire un **contatto emotivo indispensabile** per riavviare le dinamiche relazionali che favoriscono la **conservazione dell'integrità della persona**.
Il **Pronto Soccorso Psicologico** è un protocollo d'intervento volto a **fornire sostegno psicologico e psicosociale alle persone coinvolte in eventi critici**, ossia in eventi improvvisi ed inaspettati che comportano perdite, minacce alla sopravvivenza, gravi compromissioni della sicurezza personale, quali ad esempio, catastrofi naturali, attentati terroristici, disastri aerei, etc. Il Pronto Soccorso Psicologico rivolto alle vittime di incidenti stradali (PSP-VIS) ed utilizzato all'interno del Progetto *Ania Cares* (per maggiori dettagli *cfr*. la *"Linea guida operativa per il sostegno alle vittime"*), è stato specificamente ideato per attuare interventi di sostegno alle **vittime dirette**, ossia alle persone che hanno riportato gravi ferite o macrolesioni a causa di un sinistro, ed alle **vittime indirette**, ossia ai familiari delle vittime con gravi lesioni o decedute.
Il Pronto Soccorso Psicologico ha l'obiettivo di ridurre lo stress acuto causato dall'evento traumatico, di promuovere un funzionamento adattivo delle vittime, di ristabilire un senso di sicurezza e di favorire un progressivo ritorno alla normalità. Così come suggerito da molti protocolli internazionali che guidano gli interventi nelle condizioni di emergenza (*e.g.: European Policy Paper*; Pietrantoni et al., 2008), il Pronto Soccorso Psicologico per le vittime della strada è finalizzato ad alcune attività specifiche, che sono riassumibili in:

- accogliere le vittime;
- assistere praticamente le vittime;
- raccogliere e comunicare le informazioni alle vittime;
- fornire il primo sostegno, primariamente di tipo emotivo, durante la fase acuta;
- effettuare uno screening per la presenza di possibili reazioni post-traumatiche;
- fornire una preparazione alla fase di transizione post-evento;

- fornire interventi focalizzati sulle manifestazioni del trauma conseguente all'incidente stradale.

Il primo Soccorso Psicologico deve necessariamente inserirsi **all'interno di un intervento di soccorso più ampio**, vale a dire che gli Operatori che si occupano di Pronto Soccorso Psicologico devono far parte di un'organizzazione con funzioni specifiche di soccorso in emergenza. Vanno pertanto scoraggiate iniziative individuali che non siano sostenute da un mandato chiaro e riconosciuto da parte di un'Istituzione; così come le attività di intervento focalizzate sul trauma, necessitando di una specifica preparazione di psicotraumatologia, devono essere effettuate soltanto da operatori specializzati e adeguatamente formati all'impiego di tali tecniche.

2.2 La vittima e i suoi bisogni

L'incidentalità stradale costituisce un ambito specifico delle mini-emergenze che presenta delle caratteristiche proprie. Come già sottolineato, si deve distinguere tra le **vittime dirette**, ossia le persone che hanno riportato gravi ferite o macrolesioni a causa di un sinistro, e le **vittime indirette**, ossia i familiari delle vittime con gravi lesioni o decedute. Quando parliamo di vittima, convenzionalmente (*cfr*. DSM 5; APA, 2013), si possono considerare tutte le persone che fanno **esperienza diretta dell'evento traumatico**, che hanno **assistito direttamente all'evento**, come anche che vengono a **conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un membro della famiglia**. Come notava già Krafft-Ebing (1897), fare l'esperienza di un trauma ha a che fare con l'aver provato l'impressione del pericolo e del terrore.
Nel parlare dei bisogni delle vittime di incidenti stradali, dobbiamo tener presente che le morti conseguenti ad incidenti stradali si distinguono da altri tipi di decessi, come ad esempio quelli che sopraggiungono a seguito di malattie (Lori *et al.*, 2013) e che, per classificarle, si fa riferimento all'acronimo *SUPaV* (*Suddenness, Untimiliness, Preventability and Violent*), in italiano ***IPEV***, ossia morti **Improvvise, Premature, Evitabili e Violente**, per indicare le caratteristiche proprie di questa tipologia di eventi.
Un altro aspetto su cui vale la pena riflettere per le sue ricadute è che l'incidente stradale è solitamente un evento causato da un'azione umana, riconducibile ad errori del conducente o trasgressioni delle norme stradali. La letteratura segnala che **le reazioni allo stress sono in parte diverse** a seconda che l'evento sia provocato dall'uomo, oppure sia un disastro tecnologico o un disastro naturale (Rodriguez, Kohn, 2008).
Alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, secondo le circostanze accertate o presunte dagli organi di rilevazione, come riportato nell'ultimo rapporto ISTAT (2015), troviamo i seguenti **comportamenti errati di guida**: mancato rispetto delle regole di precedenza, guida distratta e velocità troppo elevata. Queste sono le prime tre cause di incidente che costituiscono complessivamente il 43,9% dei casi; seguono la mancanza della distanza di sicurezza (21.633 casi) e la manovra irregolare (15.790 casi). Se consideriamo la tipologia della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (18,6%), mentre sulle strade extraurbane è la guida distratta o l'andamento indeciso (pari al 21,4%), seguita dalla guida con velocità troppo elevata (pari al 17,3%). Questo può comportare una serie di **conseguenze pratiche** (contenziosi legali) e **psicologiche**, conseguenti, ad esempio, all'attribuire la responsabilità dell'incidente a se stessi (vissuto di colpa) o agli altri (rabbia). In uno studio di Blanchard et al. (1996) è stato dimostrato che una maggiore percezione della propria responsabilità correla positivamente con la probabilità di sviluppare sintomi post-traumatici. Il **senso di colpa** e il vissuto di responsabilità reale o presunta, sono aspetti che possono incidere sul percorso di recupero e sullo stile di fronteggiamento dell'evento traumatico. Frequenti sono i casi di genitori o di altri familiari delle vittime che si percepiscono responsabili dell'evento accaduto, benché non siano direttamente coinvolti nell'incidente (*"Se non gli avessi acquistato il motorino", "Se quella sera non gli avessi concesso la mia automobile", etc.*). Diversamente, possono emergere

vissuti caratterizzati da **rabbia intensa** nei confronti della persona cui viene attribuita la responsabilità dell'evento. Tutto questo può avere delle evidenti **conseguenze sul piano dell'elaborazione del lutto e sullo sviluppo di esiti psicopatologici**.
Le persone coinvolte in un incidente stradale, così come in altri eventi traumatici, possono presentare **bisogni di ordine pratico** (come affrontare una serie di procedure), di tipo **sanitario** (come ricevere le necessarie cure mediche) e **psicosociali** (come essere sostenuti dal punto di vista psicologico, e incoraggiati ad affrontare l'evento avverso nel modo più funzionale possibile; *e.g.*: Pietrantoni *et al.*, 2008). Generalmente tali bisogni sono fortemente **correlati tra loro**: spesso si tratta di bisogni compresenti nella vittima, ordinati in base a criteri di urgenza: un ferito grave ha innanzitutto bisogno di cure mediche, alle quali si potranno affiancare interventi psicologici per migliorarne la resilienza e il ritorno ad una condizione uguale o simile a quella pre-evento. Diverso è il caso in cui l'intervento venga indirizzato ai familiari della persona gravemente ferita; in questo caso, le necessità più urgenti riguarderanno il supporto psicologico e informativo, come conoscere le probabili conseguenze dell'infortunio, o come affrontare la disabilità permanente.
In una ricerca del 1995, realizzata dalla Federazione Europea Vittime della Strada (*Federation Europeenne Des Victimes de le Route, FEVR*), è emerso come i familiari delle vittime vivano un'evidente caduta della qualità della vita, nonchè il fatto che alcuni bisogni fondamentali delle vittime della strada siano spesso disattesi, in particolare per le seguenti ragioni:

a) scarse ed inadeguate informazioni fornite alle vittime, in riferimento ai loro diritti e alle organizzazioni di tutela;
b) scarsa attenzione per le necessità delle vittime di usufruire di un aiuto psicologico, pratico e legale;
c) diffusa insoddisfazione nei confronti dei sistemi di giustizia civile e penale;
d) assenza di un riconoscimento legale adeguato del danno di lungo termine causato, per esempio, dal trauma cranico;
e) scarsa considerazione per la sofferenza psicologica delle vittime e dei loro parenti, spesso particolarmente intensa e di lunga durata. Essa cresce col tempo, e può essere causa di malattie gravi che possono portare perfino alla morte.

Nella letteratura scientifica solitamente si distinguono gli **interventi realizzati in fase acuta**, vale a dire nell'immediatezza di un evento critico o a breve distanza temporale, da azioni realizzate in **fase di transizione** o a **lungo termine**. La fase acuta si caratterizza solitamente per manifestazioni di maggiore instabilità emotiva da parte delle persone coinvolte, condizioni di iperarousal e shock da trauma, mentre le fasi di transizione e a lungo termine segnano il percorso di riabilitazione, di reinserimento sociale e di recupero pre-evento. Non è possibile prevedere in anticipo la durata di queste diverse fasi. Generalmente i bisogni sanitari tendono ad essere molto presenti nella fase acuta ed a ridursi nelle fasi di transizione o a lungo termine. Dopo aver fornito le necessarie cure mediche, possono rimanere insoddisfatti i bisogni di natura pratica e soprattutto psicologica. I disagi psichici causati da eventi critici possono determinare condizioni di particolare sofferenza nell'immediato di un evento, ma anche sviluppare nel tempo psicopatologie come il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) o organizzarsi in un vissuto depressivo.
Di seguito viene riportato un grafico (Fig. 1), ripreso da uno studio menzionato nel Supporto psicosociale in situazioni di emergenza dello *European Policy Paper (Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency; Seynaeve, 2001)*, che rappresenta l'evolversi dei bisogni primari di persone coinvolte in eventi traumatici. Il grafico fa riferimento a un episodio accaduto in Austria nel 2000, dove un treno che trasportava turisti diretti verso una nota stazione sciistica prese fuoco, causando la morte di 155 persone.

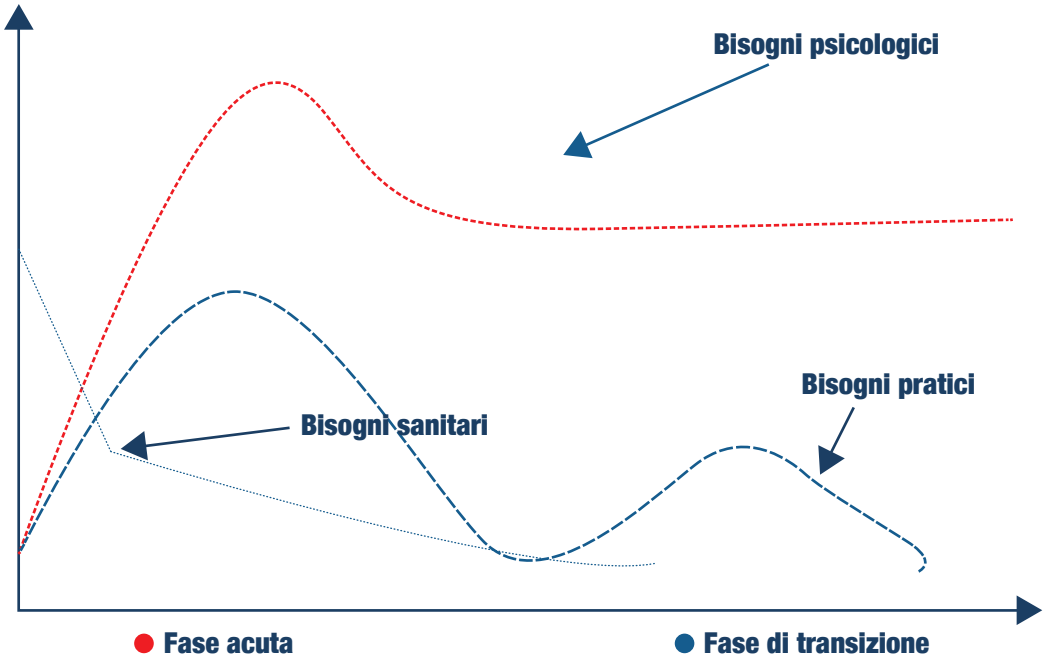

Figura 1 - Rappresentazione grafica dell'evoluzione nel tempo dei bisogni dei familiari che persero un figlio nell'incidente di Kaprun, Austria nel 2000 (Fonte Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency, 2001)

Come si può evincere dalla figura, i **bisogni psicologici**, i quali hanno a che fare con la necessità di stare all'interno di una relazione significativa con una persona, sono presenti sin dall'inizio nelle persone che hanno fatto esperienza di un evento traumatico e presentano un picco nella fase acuta, pur mantenendosi più emergenti ed intensi anche nella fase di transizione, a fronte del progressivo decremento dei bisogni sanitari e dei bisogni pratici.
Potersi sentire al sicuro con le altre persone è forse l'aspetto più importante della salute mentale e un gran numero di studi hanno dimostrato che il supporto sociale costituisce la protezione più potente contro la possibile sopraffazione prodotta da uno stress traumatico (Van Der Kolk, 2014). Si deve precisare che, con supporto sociale, non si intende la semplice presenza di altri, ma ha a che fare con la possibilità di sperimentare un **vissuto di reciprocità**, dal fare esperienza di essere veramente **sentiti** e **visti** dalle persone intorno a noi e sentire di essere da loro **compresi**. Come ricorda Cozolino (2008), *"i nostri cervelli fanno affidamento su altri cervelli per rimanere sani in particolare in condizione di stress. Quando dobbiamo affrontare una malattia, una catastrofe una perdita, cerchiamo conforto, regolazione, stabilità rivolgendoci a qualcun altro"*.
La nostra mente, per funzionare, ha bisogno di sperimentare un vissuto di sicurezza e vi è un accordo generale sul fatto che il problema principale, quando si deve affrontare una situazione catastrofica, sia costituito dalla "capacità di fornire e ristabilire un qualche sostegno sociale" (McFarlane, Van der Kolk, 1996).

2.3 Le reazioni psicologiche delle vittime

Accanto all'evoluzione dei diversi bisogni, nel tempo si modificano anche le **reazioni psichiche** da parte delle vittime. Spesso le risposte 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.
Innanzitutto, dobbiamo tenere ben presente il fatto che le nostre reazioni psicologiche e comportamentali, anche quelle che possono sembrarci meno accettabili ed irrazionali, possono avere un **significato adattativo**. Le nostre reazioni psicologiche non sono soltanto reazioni **individuali**, ma sono anche reazioni che hanno chiare implicazioni **sociali** e le reazioni psicopatologiche ad un trauma possono interferire specificatamente con le nostre capacità di stare in compagnia degli altri. Molte persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica hanno la sensazione di **non**

essere in sincronia con gli altri. Questi sentimenti, come vedremo meglio in seguito, hanno una ricaduta molto importante per chi interagisce con le vittime.
Occorre intanto sottolineare che, di fronte ad un **pericolo**, noi possiamo avere, di fatto, solo una gamma relativamente ristretta di **reazioni comportamentali** che possono variare, per esempio, in ragione della **vicinanza o lontananza**, sia **fisica** che **temporale**, del pericolo stesso. Se ci si sente minacciati, abitualmente, gli esseri umani sono soliti chiedere aiuto, supporto e conforto alle persone intorno: istintivamente richiediamo un **coinvolgimento sociale**. Il grido di "aiuto" ci consente di trasmettere in modo molto immediato una richiesta di soccorso. Ma se nessuno ci presta soccorso, o se il pericolo è immediato, utilizziamo una modalità più primitiva di sopravvivenza, utilizzando delle risposte di attacco o fuga, ossia attacchiamo chi ci attacca o scappiamo verso un posto sicuro. Ma se questo non funziona, ossia se non riusciamo a fuggire o siamo intrappolati e non possiamo combattere, l'organismo cerca di preservarsi e può mettere in atto risposte di congelamento (freezing) o di collasso (Porges, 2011).
Vediamo, più nel dettaglio, le reazioni di base immediate di fronte al pericolo, ossia, l'**evitamento**, la **fuga**, il **congelamento** e l'**aggressione** o la **pacificazione**.
I **comportamenti di evitamento**, una delle possibili reazioni di fronte ad un pericolo, ci permettono di evitare il contatto fisico e mentale con il pericolo o con situazioni che possono ricordarlo o simboleggiarlo. Pertanto, il pericolo è solo previsto, o se vogliamo, immaginato e non ancora presente. Si pensi a coloro che evitano accuratamente di ritrovarsi in situazioni o luoghi che le possono ricordare un pericolo. Si può arrivare ad evitare qualsiasi persona, situazione od oggetto che possano anche molto lontanamente ricordarci il pericolo subito. Inoltre, la paura e l'ansia anticipatorie, ossia i vissuti emotivi che si accompagnano al pericolo, fanno sì che l'evitamento sia il comportamento utilizzato per tenere le persone lontane da certe situazioni o da luoghi che possono risultare rischiosi da frequentare, perché scatenano il ricordo e le emozioni ed i vissuti collegati al pericolo stesso. L'evitamento, di fatto, diviene una difesa che le persone abitualmente tendono ad utilizzare e, a seguito di un'esperienza traumatica, molto più frequentemente.
I **comportamenti di fuga** sono forse la reazione più conosciuta di fronte ad un pericolo. Anche essi, come l'evitamento, hanno lo scopo di allontanarci il più possibile dal pericolo, ma viene messa in atto quando vi è la percezione, vera o falsa, di un pericolo imminente. Sebbene, in certe circostanze, essa possa essere valutata negativamente, la fuga è in realtà una delle principali reazioni a fronte di un pericolo ed un meccanismo di difesa adattativo, poiché è comunque più vantaggioso fuggire di fronte ad un pericolo presunto che non di fronte ad un pericolo reale. La persona che ha fatto esperienza di un pericolo, pericolo connesso all'idea di essere in "pericolo di vita", è come se fosse più sensibile ai segnali ambientali (rumori, suoni, odori, luci) e al minimo segnale di pericolo, vero o presunto, si attiva immediatamente la risposta di allontanamento dal pericolo stesso. Si pensi a chi ha fatto esperienza di un terremoto e alla tendenza ad allontanarsi e fuggire dal pericolo, al minimo rumore. Di fatto, i sistemi di difesa sono tarati in modo tale che scattino al minimo segnale di pericolo.
Un comportamento opposto è l'**immobilizzazione** o "**il congelamento**" (*freezing*). Questo comportamento è il comportamento difensivo più diffuso in natura: la maggior parte degli animali, di fronte ad un pericolo, ha un'immediata reazione iniziale di immobilità (LeDoux, 1996). Questa reazione, studiata nell'uomo da relativamente poco tempo, corrisponde a qualcosa di più complesso della mera immobilità con reazione di allerta che spesso mettiamo in atto per meglio comprendere la fonte e la natura del pericolo. Ricordiamo che, come prima reazione ad un segnale di pericolo, noi siamo soliti dire a chi è insieme a noi: "fermi !". Nel congelamento la persona prova una sorta di distacco emotivo e di distacco dalla realtà, con difficoltà o impossibilità a mettere in atto altri comportamenti difensivi (ad esempio, la fuga o la lotta). Occorre sottolineare che questa è una di quelle reazioni che vengono messe in atto quando si è ormai a contatto diretto con la fonte di pericolo. Si pensi alle donne o ai bambini abusati che possono congelarsi, ossia rimanere immobilizzati, di fronte al comportamento dell'abusatore e questa passività potrebbe essere interpretata come un'accettazione di quel comportamento, mentre non si tratta di una "scelta", ma di una reazione estrema di difesa. Pertanto, la persona, inconsapevolmente, si mette in una condizione di totale passività e può sembrare non essere in grado di

rispondere a chi lo sta invitando, ad esempio, ad allontanarsi da una situazione di pericolo.
Nella situazione nella quale ormai si è in contatto con la fonte di pericolo, specie se essa è costituita da un altro essere umano, vi sono poi due altre reazioni, l'**aggressione** e **la pacificazione**, che, sebbene anche in questo caso possano sembrare opposte, hanno invece in comune il fatto di scegliere di entrare in contatto fisico con la fonte del pericolo.
Oltre a considerare le reazioni psicologiche di fronte al pericolo, elenchiamo anche le principali **reazioni immediate ad una situazione potenzialmente traumatica**:

- senso di disperazione e di tristezza;
- irritabilità marcata;
- ansia acuta;
- paura;
- agitazione;
- rabbia e risentimento;
- difficoltà di memoria;
- sensazioni di irrealtà e di de realizzazione;
- facilità al pianto;
- risposte emotivamente inappropriate;
- senso di colpa
- reazioni di diniego
- bisogno di protezione;
- congelamento o *freezing reaction*

Tra queste è importante soffermarci sia su quelle caratterizzate da "risposte emotivamente inappropriate" e dall' "irritabilità marcata", sia su quelle caratterizzate da "sensazioni di irrealtà e di derealizzazione", sia, infine, sulle "reazioni di diniego" e sulle "difficoltà della memoria".
Per quanto riguarda le **risposte emotivamente inappropriate**, va ricordato che nelle vittime si possono attivare i **meccanismi di allerta** che possono rendere i soggetti particolarmente **ansiosi, reattivi, aggressivi**. Tali meccanismi sono aspecifici e può accadere che reazioni di allerta o di allarme, o anche reazioni aggressive, si possano estendere anche a chi sta cercando di portare aiuto.
In situazioni particolarmente gravi ed emergenziali, possiamo utilizzare dei meccanismi difensivi che ci allontanano, almeno psicologicamente, dalla fonte dello stress. Possono pertanto comparire sensazioni di **derealizzazione**, ossia l'impressione di vivere qualcosa di irreale, di non essere pienamente partecipi della situazione o di non essere pienamente in contatto con la realtà, di vivere come in una situazione di sospensione e di intorpidimento. Come anche degli **stati simil-confusionali** nei quali il soggetto può mostrare **vuoti di memoria**, sia su particolari importanti dell'evento appena accaduto sia su particolari importanti della propria esistenza.
È particolarmente importante, per gli obiettivi che si pongono queste Linee guida, sapere che le reazioni immediate ad un evento potenzialmente traumatico possono fornire delle indicazioni molto chiare sui **possibili esiti psicopatologici**. Per esempio, la presenza dei sintomi dissociativi, in cui la persona si distacca dall'evento accaduto, appare correlata fortemente alla possibilità di sviluppare a lungo termine dei disturbi psicopatologici, come il Disturbo Post Traumatico da Stress (Bremner, Brett, 1997). Tra le più importanti reazioni psicopatologiche a lungo termine ad una situazione traumatica, come vedremo meglio in seguito, vanno ricordati il **Disturbo da lutto persistente complicato**, i **Disturbi d'Ansia**, i **Disturbi dell'Umore** e il **Disturbo Post Traumatico da Stress**. Inoltre, che le reazioni delle vittime di un evento potenzialmente traumatico possono essere connesse a **meccanismi di difesa automatici che non rispondono al controllo cosciente** (*e.g.*: fuggire di fronte ai soccorritori, aggredire chi sta prestando soccorso). Pertanto, le risposte emotivamente inappropriate possono essere **una "normale", o un'inevitabile, reazione all'esperienza vissuta**, per cui è possibile trovare persone molto ansiose, reattive e aggressive. Questi stati emotivi sono connessi a sistemi di risposta automatici e, se si attivano questi meccanismi di allerta, la persona potrà sentirsi molto preoccupata e considerare tutti potenziali nemici da abbattere e aggredire.

Se le reazioni immediate all'evento potenzialmente traumatico non si "**cristallizzano**", **stabilizzandosi e articolandosi in sindromi o disturbi** più o meno specifici, il soggetto oscillerà, sul piano psichico, da una **condizione di maggiore sofferenza a una di sempre minor disagio**, con progressivo recupero delle capacità adattative, lavorative e di integrazione sociale.
Diversamente vi possono essere reazioni che tendono a non risolversi, esitando nel medio e lungo termine in vere e proprie **patologie psichiche**. Possiamo annoverare anche situazioni nelle quali le persone inizialmente manifestano una buona capacità di reazione all'evento, ma in seguito, nel **medio-lungo periodo**, vanno incontro a **processi disfunzionali**. 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 adattative, con disagio e malessere sempre più significativi**.
Come già accennato, sappiamo che è necessario cercare di diminuire al massimo il senso di ansietà e di sconforto immediatamente susseguenti all'esposizione ad un evento potenzialmente traumatico. Un **intervento tempestivo**, come abbiamo già sottolineato, può contrastare la comparsa delle reazioni da stress a lungo termine e lo sviluppo di disturbi psicopatologici (Hobfoll *et al.*, 2007).
Quelli che seguono (Tabelle 1 e 2) sono degli schemi sinottici esemplificativi e rappresentativi delle diverse fasi dell'intervento, necessari per gli operatori Psicologi che effettuano il Pronto Soccorso Psicologico per le vittime della strada, presentati in questa sede a scopo puramente descrittivo.

Fase peri-critica - supporto immediato o poco successivo all'evento.

All'interno di questa fase acuta di primo intervento d'aiuto (early intervention), l'operatività sarà indirizzata prevalentemente a :
accogliere;

- fornire il primo sostegno di tipo psicologico;
- normalizzare (favorire il ripristino di una condizione di equilibrio);
- assistere praticamente (come informare sulle procedure legali);
- effettuare uno screening di possibili esiti psicopatologici;
- preparare alla fase di transizione post-evento.

Gli interventi in fase acuta sono improntati prevalentemente alla stabilizzazione emotiva e all'avvio di un processo di normalizzazione. L'obiettivo dell'intervento è la riduzione dello stato di crisi, allo scopo di ripristinare il livello di funzionamento presente prima dell'evento nel più breve tempo possibile.

Tabella 1 - Descrizione schematica degli interventi da adottare nella fase peri-critica.

Fase post-critica - medio-lungo termine dopo l'evento.

Nella fase di transizione o a lungo termine, in cui la vittima si trova a gestire una condizione di stress non ancora risolto o di vero e proprio esito psicopatologico delle proprie sofferenze, le attività riguarderanno:

- impiego di strategie di gestione dello stress (coping);
- utilizzo di tecniche e strumenti di intervento focalizzate sul trauma (CBT, Cognitive Behavioral Therapy) e EMDR, (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Nella fase post-critica, si potrà ricorrere a consulenze di sostegno individuali e familiari, valutazioni e follow-up, con eventuale presa in carico e trattamenti psicotraumatologici di gruppo o individuali. Tali attività sono erogabili da

psicologi, psicoterapeuti, che hanno conseguito una specifica formazione professionale per l'impiego di tali tecniche.

Tabella 2 - Descrizione schematica degli interventi da adottare nella fase post-critica.

2.4 Il fenomeno della *resilience*

Il termine "resilience", tradotto in italiano con la parola "resilienza", riconducibile a significati di **elasticità, capacità di recupero** o **ripresa**, è stato spesso utilizzato in modo improprio come sinonimo di invulnerabilità e di resistenza allo stress. In effetti, però, il concetto di "resilienza" non implica una resistenza assoluta allo stress e, all'interno di questo fenomeno, possono riscontrarsi un **ampio spettro di risposte** che variano in base alle diverse circostanze.
Alcuni Autori, nel trattare questo tema, hanno puntato l'attenzione sull'assenza di livelli clinici di sintomatologia psicopatologica, come ansia, depressione e comportamenti aggressivi (Spaccarelli, Kim, 1995); altri invece hanno si sono focalizzati sulle effettive manifestazioni di competenza e sui comportamenti adattativi ad esso connessi. Per Rutter (1987), la "resilience" si caratterizza per il mantenimento di un funzionamento adattativo, malgrado gravi situazioni di rischio; mentre secondo Masten, Best e Garmezy (1990) deve intendersi come la conseguenza di un adattamento avvenuto con successo, malgrado circostanze difficili o pericolose.
Più di recentemente Luthar, Cicchetti e Becker (2000) hanno definito la "resilience" come **un processo dinamico che implica un adattamento positivo all'interno di un contesto significativamente avverso**. Questi autori introducono poi un altro concetto molto importante: la resilienza è un **processo di sviluppo** e non una caratteristica della personalità dell'individuo, anche se, la presenza di tratti di elasticità (come caratteristica individuale che può definirsi "ego-resiliency") può favorire lo sviluppo di tale processo, predisponendo in questo modo **una funzione protettiva nei confronti degli eventi negativi** (Cicchetti, Rogosh, 1997).
La *resilience* è però un processo di natura multidimensionale, nel senso che gli individui "resilienti" mostrano una notevole eterogeneità di funzionamento nelle diverse aree: possono essere, cioè, competenti in un ambito specifico e presentare disturbi a carico di altre ambiti. Per tale motivo, alcuni autori hanno proposto l'utilizzo di una terminologia che indichi l'ambito in cui si possiede, o si è conservata, detta competenza parlando di volta in volta di "*resilience comportamentale*" (Carpentieri *et al.*, 1993), "*educational resilience*" (Wang, Haertel, Wahlberg, 1997), "resilience emozionale" (Kline, Short, 1991).
A causa della variabilità e della multidimensionalità del fenomeno è molto difficile per i ricercatori stabilire degli indicatori di resilienza che definiscano un adattamento positivo a seguito di un evento traumatico. Un ulteriore problema è costituito poi dall'aspetto dinamico del processo, che assume caratteristiche diverse nelle varie età dallo sviluppo e può mutare al variare delle condizioni esterne o, sarebbe meglio dire, è sottoposto necessariamente a modificazione, adeguandosi a tali cambiamenti, per consentire all'individuo di mantenere la "traiettoria positiva" iniziata (Scott Heller *et al.*, 1999). Un aspetto della resilienza di particolare interesse è quello relativo al grado di competenza che definisce il processo stesso. Esso dipende, innanzitutto, dall'**entità delle circostanze avverse**: quando l'evento stressante è molto grave (Masten *et al.*, 1999) dovrebbe essere sufficiente un funzionamento entro la media, mentre quando le circostanze avverse rientrano in uno spettro più moderato, il livello di competenza richiesto deve essere maggiore, quantomeno nelle aree principali, per giustificare la definizione di resiliente. La *resilience* presuppone, infatti, l'esposizione ad una situazione di rischio significativo, il quale risulta difficilmente quantificabile, innanzi tutto per la coesistenza in ogni singolo caso di fattori che attenuano o aumentano il rischio stesso favorendo o, al contrario, ostacolano l'insorgenza della "resilience". In secondo luogo, detto rischio è di difficile quantificazione per la dissonanza che può esistere tra **la percezione del rischio** da parte del soggetto e da parte di chi compie una valutazione dall'esterno; infatti, anche individui coinvolti in circostanze di vita

ritenute realisticamente altamente stressanti possono considerare se stessi come adeguati e funzionanti in quella situazione e non averla percepita come avviene all'esterno.
Lo studio di ciò che può produrre "resilienza" è fondamentale, tanto quanto quello di ciò che può produrre traumi (Wiener, 2005).
Come ricordato da Spaccarelli e Kim (1995) la ricerca sulla "resilience" comporta due tipi di potenziali benefici: in primo luogo incoraggia gli studiosi a ragionare in termini di potenziali **fattori protettivi**, piuttosto che focalizzarsi sui fattori di rischio e, in secondo luogo, stimola l'individuazione dei trattamenti più efficaci.
I cinque elementi che debbono caratterizzare un intervento nell'immediatezza di un evento traumatico, allo scopo di favorire una risposta adattiva al trauma, sono:

- promuovere un senso di sicurezza;
- calmare;
- promuovere un senso di efficacia dell'intervento della comunità;
- promuovere un senso di legame con gli altri;
- promuovere la speranza.

Queste indicazioni che possono sembrare generiche e banali, si basano invece su un attenta revisione di quelli che sono i risultati degli interventi valutati più efficaci, specie in occasione di grandi disastri (Hobfoll et al., 2007). Come si può ben vedere, viene ripreso ed enfatizzato **il tema del significato sociale del trauma** e della necessità di far sentire **la vittima come pienamente appartenente ad una rete sociale capace di dare protezione e conforto**. Questa rete sociale, ovviamente, si estende ben al di là del gruppo di chi sta intervenendo nell'immediatezza e bisognerebbe avere la massima attenzione ad aiutare le persone a ritrovarsi, ad entrare in contatto con i propri cari a poter parlare con qualcuno di conosciuto.

2.5 La crescita post-traumatica

La letteratura specialistica sottolinea che gli eventi traumatici possono produrre esiti negativi, a livello fisico e psicologico, di cui abbiamo già evidenziato le caratteristiche. Tuttavia, numerosi altri contributi suggeriscono come le persone esposte ad esperienze potenzialmente traumatiche possano avere degli **impatti positivi**, pur a fronte di esperienze molto tragiche come, tra le altre, aver avuto un tumore (Taylor, 1983; Collins *et al.*, 1990), l'essere vittima di uno stupro (Burt, Katz, 1987; Veronen, Kilpatrick, 1983), aver subito un lutto (Calhoun, Tedeschi, 1989-1990; Schwartzberg, Janoff-Bulman, 1991), aver avuto un infarto (Affleck *et al.*, 1987) ed essere stato coinvolto in disastri naturali (Thompson, 1985). Questa percezione di cambiamento in positivo, come conseguenza dell'aver esperito un evento dalla connotazione traumatica, viene definita **crescita post-traumatica** (posttraumatic growth; Tedeschi, Calhoun, 1996; Calhoun, Tedeschi, 2004, 2006).
Un altro risultato dell'esposizione ad un evento traumatico può essere pertanto la **crescita post-traumatica**, piuttosto che una qualche forma di patologia. Lo studio dei **processi di crescita personale in seguito al trauma** hanno evidenziato che alcune persone vittime di traumi maturano delle nuove considerazioni e manifestano **un'inaspettata tendenza a resistere alle circostanze avverse, intraprendendo un cambiamento valutabile come positivo**.
Le osservazioni condotte su vittime di traumi significativi, attraverso la valutazione delle loro reazioni e del loro stato psichico, non sono esenti da critiche poiché si ipotizza che la percezione di cambiamenti positivi possa essere il frutto di illusioni o dell'azione di specifici meccanismi difensivi, piuttosto che di un'analisi del proprio stato personale (Maercker, Zoellner, 2004), anche a fronte di strumenti di autovalutazione che misurano la crescita post-traumatica (Tedeschi, Calhoun, 1996; Weinrib *et al.*, 2006).
Tuttavia, è ormai riconosciuto che la crescita personale è un risultato possibile in seguito all'esposizione a traumi, sia che tali traumi siano sperimentati direttamente sia indirettamente (Park, Cohen, Murch, 1996; Cordova *et al.*, 2001; Joseph, Linley, 2006).

L'esperienza del trauma può modificare, come abbiamo già descritto, l'idea e le ipotesi che una persona ha di se stesso e del mondo e, la distruzione di queste ipotesi (ad esempio, relativamente all'invulnerabilità personale) e la conseguente ristrutturazione di queste in seguito trauma, può portare a sperimentare sentimenti di angoscia e di ansia, come anche ad una crescita personale. Nel caso della crescita post-traumatica si possono riscontrare modifiche in alcune aree come: **la percezione di sé** (Calhoun, Tedeschi, 2006; Joseph, Linley, 2006) e **la forza e la resistenza personale** (Janoff-Bulman, Yopyk, 2004), **le relazioni interpersonali** (Taku *et al.*, 2008) e **la filosofia di vita e al modo di intendere l'esistenza** (Joseph, Linley, 2006; Taku *et al.*, 2008). Questi cambiamenti si verificano a seguito della ricostruzione di una realtà interiore, compresa la ristrutturazione dei presupposti relativi al funzionamento di se stessi e del mondo (Epstein, 1991; Janoff-Bulman, 2006).
La crescita post-traumatica (Calhoun, Tedeschi, 2004) è caratterizzata dalla presenza di alcune componenti che risultano correlate con lo sviluppo di cambiamenti positivi a livello personale e sociale, dopo aver vissuto un trauma, e che sono riassumibili in:

- **relazione con gli altri**: cambiamento nei rapporti interpersonali, costruzione di nuove relazioni, aumentato senso di compassione ed empatia per gli altri;
- **nuove possibilità**: cambiamenti negli obiettivi di vita, apertura a nuove esperienze, utilizzo della consapevolezza nelle scelte personali;
- **forza personale**: cambiamento nell'autopercezione, maggiore fiducia in se stessi, migliore accettazione delle circostanze anche sfavorevoli;
- **spiritualità**: cambiamento relativo alle proprie credenze religiose, aumento della necessità di vivere momenti spirituali individualmente o con altre persone;
- **apprezzamento per la vita**: cambiamento delle priorità con adesione a nuovi valori, cambiamento nella visione della vita e del mondo correlato ad una sensazione di "essere stati fortunati", desiderio di vivere più pienamente ogni singolo giorno della propria vita.

In letteratura sono presenti atri modelli teorici ulteriori che sottolineano il ruolo di specifici fattori, tra questi troviamo quello del ***coping* trasformazionale** di Aldwin (1994) o il **modello delle crisi di vita** di Schaefer e Moos (1998). Quest'ultimo, mette in evidenza il fatto che le risorse personali e ambientali unitamente ad una particolare valutazione dell'evento occorso possano facilitare una crescita personale dopo un'esperienza potenzialmente traumatica. Inoltre, si sottolinea che il sistema ambientale e personale influenza le crisi e le transizioni della vita e che queste, a loro volta, influenzano la possibilità di esiti positivi sia direttamente, sia con la mediazione della valutazione cognitiva e delle risposte di *coping* dell'individuo.

CONSEGUENZE PSICOLOGICHE, POSSIBILI ESITI PSICOPATOLOGICI E LORO VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

CAPITOLO

3

Ania
FONDAZIONE

3.1 Le possibili conseguenze psicopatologiche

Le reazioni comportamentali (ed emotive) descritte devono essere considerate comunque "normali", nel senso che la loro presenza non deve essere valutata come il sintomo di qualche particolare disturbo mentale. La cosa su cui dobbiamo porre l'attenzione è che, sia in situazioni "ordinarie" sia nelle situazioni "limite", le persone non possono scegliere consapevolmente quale reazione, tra quelle presentate nel precedente capitolo, metteranno in atto. Come abbiamo visto, le reazioni di base - **evitamento**, **fuga**, **congelamento**, **aggressione** o **pacificazione** - sono immediate e vengono messe in atto di fronte al pericolo.
Queste reazioni sono accompagnate da una serie di **specifiche emozioni**, prima tra tutte la **paura**. Questa particolare emozione, in realtà, viene a sovrapporsi, come sensazione di cui siamo coscienti, a dei comportamenti. I dati di cui siamo in possesso ci dicono che il comportamento precede l'emozione che lo accompagna e non viceversa (LeDoux, 1996). Di fatto, noi metteremmo in atto un **comportamento automatico in risposta al pericolo** e dobbiamo ritenere che è più probabile che proviamo paura perché stiamo scappando, non che scappiamo perché abbiamo paura. Questo perché il comportamento di fuga o di attacco è istantaneo ed immediato e precede la percezione del vissuto connesso all'emozione.
Considerare i comportamenti automatici in risposta al pericolo, ci consente di comprendere meglio cosa può accadere alle persone che hanno fatto esperienza di un evento "soverchiante". Le persone che hanno vissuto un'esperienza potenzialmente traumatica, dato che hanno provato "l'esperienza della paura e del terrore", **sono più inclini ad essere coinvolte in comportamenti automatici quando sono vittime di emozioni molto intense**. Inoltre, sono più suscettibili di eseguire qualsiasi "tendenza all'azione" associata con una qualche emozione particolare (*e.g.*: muoversi verso le fonti di gioia, correre verso le persone che amiamo e abbracciarle), **ossia agiscono e mettono in atto più frequentemente dei comportamenti sulla base delle emozioni provate**: il confronto e l'inibizione con la rabbia; la paralisi fisica con la paura; il collasso fisico in risposta all'impotenza.
Il miglior predittore di una situazione di cui si sta facendo esperienza e che potrebbe esitare in un vissuto traumatico per una persona, è quella in cui **non siamo in grado di immaginare una via di uscita**: quando la lotta o la fuga non rappresentano più un'alternativa, noi ci sentiamo sopraffatti ed impotenti. Quando un soggetto è traumatizzato, le emozioni di paura, disgusto, tristezza, *etc.*, non producono i risultati per le quali erano designate: qualunque azione possa compiere la persona traumatizzata, essa fallisce nel ripristinare il **senso di sicurezza**.
L'essenza dell'esperienza traumatica è un'assoluta **impotenza** combinata con un **senso di abbandono** da parte degli altri esseri umani potenzialmente protettivi: il modello esplicativo migliore è quello dello "shock inevitabile", in cui si vede che i soggetti sperimentali non sono in grado di fare ***nulla*** per influenzare l'esito degli eventi e che fa sì che collassino e smettano di provare a lottare o a scappare (Van Der Kolk *et al.*, 1985).
Dopo un trauma, il mondo è esperito in un modo che implica una **percezione alterata del rischio e della sicurezza**. Una delle conseguenze dell'esposizione ad eventi potenzialmente traumatici è che la persona può vedere diminuita la capacità innata di valutare il pericolo e la sicurezza. Si potrebbe dire che, nei traumatizzati, **i meccanismi di sopravvivenza agiscono a loro svantaggio**.
Dopo una o più prove di inutilità e futilità delle emozioni e dei pattern automatici di azione che abitualmente consentono il ripristino della sicurezza e del controllo, le persone traumatizzate perdono la capacità di utilizzare le loro emozioni come una guida per compiere azioni efficaci. Di fatto, le loro emozioni possono essere attivate, ma loro **non riconoscono quello che stanno provando**. Questa incapacità di identificare verbalmente il significato di quanto la persona sta provando fisicamente (sensazione fisica e *arousal* muscolare) viene chiamato **alessitimia** (Nemiah *et al.*, 1976), che si traduce in un'**incapacità di riconoscere** cosa sta accadendo all'interno e di **identificare correttamente sensazioni, emozioni e stati fisici**. Questa condizione porta le persone a **perdere il contatto con i propri bisogni e ad essere incapaci di prendersene cura**. Spesso può comportare anche la difficoltà

di rendersi conto degli stati emotivi e dei bisogni delle persone intorno.
Le persone che hanno fatto esperienza di una situazione in cui si sono sentite in pericolo di vita, come quelle che hanno perso o hanno sperimentato la possibilità di perdere un loro caro, ossia hanno vissuto un trauma, si possono offendere per cose di poco conto, e creano scompiglio nella loro vita perché si arrabbiano o si vergognano o si paralizzano troppo frequentemente. **Incapaci di valutare e di modulare i propri stati interni**, abitualmente le persone traumatizzate collassano di fronte alla minaccia o se la prendono molto e reagiscono molto violentemente per una piccola seccatura.
In persone con queste esperienze, piccole irritazioni si possono trasformare in catastrofi e anche **le incomprensioni minime di comunicazione diventano difficili da sanare, trasformandosi in occasioni di conflitti interpersonali drammatici**. Inoltre, pur trattati con gentilezza, possono reagire negativamente e, contrariamente alle aspettative, non sentendosi a loro agio, possono mostrare sentimenti di rabbia, disperazione e terrore.
Il **comportamento disregolato dal punto di vista emotivo** (*e.g.*: reagire con rabbia di fronte alla gentilezza) allontana potenziali amici e partner ed **interferisce negativamente con le capacità di ottenere il supporto sociale e di accumulare esperienze sociali che ristorano**. Pertanto, l'assenza di capacità di regolazione affettiva include anche il pericolo e i rapporti umani si caratterizzano per la presenza di un **circolo vizioso** (Fig. 2) in cui i *deficit* di autocontrollo comportano degli abbandoni i quali, a loro volta, rendono la regolazione di stati dell'umore negativi sempre più complessa e difficoltosa.

Figura 2 - Rappresentazione del circolo vizioso che può innescarsi a seguito di un'esperienza potenzialmente traumatica e delle sue ricadute sui rapporti sociali e sugli stati negativi dell'umore delle persone coinvolte.

Andando a considerare quelle che sono le principali reazioni ad un'esperienza potenzialmente traumatica in relazione al contesto, occorre segnalare come esse possano essere **diverse a seconda dell'evento esperito**. Nei casi di **disastri tecnologici o naturali** o di grandi atti di terrorismo la tendenza è quella ad aumentare i contatti reciproci e a cercare rassicurazione nei propri simili. Dopo l'11 settembre 2001 si sono avute generalizzate reazioni di panico e vi è stata una risposta collettiva

tendente ad aumentare il contatto reciproco tra conoscenti (Schuster *et al.*, 2001). Al contrario, nei casi di **gravi episodi provocati dall'uomo, anche quelli in interazione diretta con la vittima**, la tendenza può essere quella all'isolamento e all'evitamento, al provare vergogna, paura e diffidenza nei confronti dei propri simili, vale a dire reazioni che vengono a **modulare in modo difensivo i rapporti sociali**. Queste differenze appaiono più comprensibili se si riflette sul fatto che un disastro naturale probabilmente non viene a minare la fiducia nel nostro prossimo mentre, al contrario, un'aggressione può invece significare la rottura di quella fiducia di base negli altri che in fondo tutti nutriamo e che ci permette di essere inseriti nella complessa realtà sociale senza particolari timori. In linea di principio, quindi, ci si può aspettare una **maggiore collaborazione** da parte di civili **nel caso di interventi su scenari di disastri** e sono invece possibili **reazioni negative**, comprese reazioni di rabbia, **nel caso di interventi a fronte di vittimizzazione da parte di singoli o piccoli gruppi**, si ripete, specie se le vittime stesse sentono di avere uno scarso legame emotivo con il territorio e quindi possono sentirsi più minacciate.
In merito agli **esiti psicopatologici** delle esperienze traumatiche, diversi contributi in letteratura segnalano la presenza di specifici disturbi in seguito ad incidenti stradali, sia per le vittime che per i loro familiari. **La circostanza della perdita** funge da fattore di rischio e, unitamente ai fattori genetici e ambientali, predispone ad un maggior rischio le vittime, proprio in funzione del fatto che gli incidenti stradali sono considerati come **eventi IPEV**, ossia, eventi con morti **Improvvise, Premature, Evitabili e Violente**.
Questi fattori sono associati a reazioni emotive particolarmente intense e che si estendono al di là di una risposta normale alla perdita e che possono con maggiore probabilità esitare in una psicopatologia (Green *et al.*, 1992). Sono anche associati ad una **diminuita produttività in ambito lavorativo**, all'uso di specifici **medicinali** (antidepressivi, ansiolitici e tranquillanti), a **deficit di concentrazione e di memoria e nella presa di decisione**, anche a due anni di distanza dalla morte. La presenza di una condizione psicologica caratterizzata da **ansietà** o da **depressione**, vede spesso una esacerbazione ed un aggravamento ulteriore a seguito del coinvolgimento in un incidente stradale. Altri esiti a lungo termine possono vedere la presenza di un disagio con vissuti di **sofferenza** e una **condizione depressiva**, un **diminuito interesse per la vita**, una **maggiore mortalità** ed un **minore orientamento verso il futuro**, se paragonati a persone con le stesse caratteristiche, ma che non hanno sperimentato la perdita di un familiare (Lehman *et al.*, 1987). Andando a valutare l'incidenza di alcuni disturbi psicopatologici, alcuni studi hanno evidenziato che il 62% dei parenti di un deceduto in un incidente stradale mostravano un disturbo inquadrabile come **Disturbo Post Traumatico da Stress** (DPTS) oltre due anni dopo l'evento (Sprang, 1997); in altri casi, oltre il 30% presentava i sintomi di DPTS anche 4,5 anni dopo l'evento (Tehrani, 2004).
Gli studi condotti su i **genitori di vittime** di incidenti stradali hanno evidenziato la presenza di **sentimenti di profonda solitudine** accompagnati da **senso di colpa** e **sintomi depressivi**, unitamente a **problemi di salute** e **richieste di cure mediche**, **difficoltà lavorative e sociali**, fino a due anni dopo l'evento per il 30% del campione considerato (Shanfield, Swain, 1984); come anche **disagi psichiatrici**, quali **ansia**, **depressione, lutto complicato, insonnia, sintomi somatici** e **disfunzione sociale** trascorsi oltre quattro anni dall'evento (Spooren *et al.*, 2000-2001).
Oltre ai quadri sintomatologici e le condizioni di disagio appena descritte, le morti che si caratterizzano per il fatto di essere improvvise e violente, nonché evitabili, con una vittima in giovane età, hanno degli effetti che spesso **persistono a lungo termine**, anche a distanza di 15 anni dall'evento (Dyregrov, Dyregrov, 1999).

3.1.1 La perdita e il lutto

Il lutto è un evento comune e diffuso in tutta l'umanità. Le storie di lutto e di perdita di una persona cara o di un familiare sono vissute sempre come critiche ed inquietanti da chi ne fa esperienza. **Il trattamento del lutto** può essere **controverso**, proprio perché il dolore per la perdita è **universale** ed è **intrinseco** all'esperienza di perdita.

Sono presenti usanze che, in base a tradizioni diverse a seconda dei luoghi, vengono osservate dai congiunti di un morto, per un periodo più o meno definito dopo il decesso e che, in genere, prevedono anche di manifestare il dolore per la perdita anche con dei segni esterni (*e.g.*: il modo di vestire). Inoltre, può essere difficile distinguere tra le **risposte lutto tipiche** e le **reazioni più intense** che potrebbero esitare in un **disturbo mentale**.
La parola **lutto**, dal latino *lūctus* derivato da *lugere* ossia piangere, in italiano indica il **sentimento di profondo dolore che si prova per la morte e la perdita di una persona cara**, soprattutto di un parente, o in genere di persone la cui scomparsa è vivamente rimpianta dal gruppo sociale. Gli anglofoni distinguono tra ***bereavement***, ossia il **lutto in sé**, utilizzato per indicare l'esperienza di aver perso una persona cara, e ***grief***, ossia **dolore**, che è **la risposta emotiva a tale perdita**. Quando si parla di grief, pertanto, ci si riferisce alla risposta psicologica ad un'esperienza di perdita di una persona cara, ad un'esperienza di lutto. Ancora, si parla di **mourning**, ossia rimpianto o cordoglio, per definire le espressioni individuali e sociali, specificamente connesse e successive alla perdita, caratterizzate dal compiangere la persona che non è più con noi. Il cordoglio (dal latino *cordolium*, ossia provare dolore) attiva **un insieme di processi psicologici allo scopo di facilitare l'adattamento individuale**.
I tre termini, *bereavement, grief e mourning*, riassumono le tre componenti che entrano in gioco nell'esperienza del lutto: 1) l'esperienza di un "evento perdita"; 2) le "risonanze" soggettive legate all'evento; 3) gli aspetti socio-culturali che intervengono modulando le caratteristiche e gli esiti dell'esperienza stessa.
Per meglio comprendere e per descrivere le diverse risposte emotive ad un'esperienza di perdita, gli anglofoni distinguono tra ***acute grief***, ossia il **dolore acuto**, la risposta iniziale, spesso intensa e dirompente, ad una perdita; ***integrated grief***, ossia il **dolore integrato**, la risposta definitiva dopo l'adattamento alla perdita, in cui la persona trova una rinnovata soddisfazione per la vita e per il suo normale corso; ***complicated grief***, ossia il **lutto complicato**, una forma di dolore acuto prolungato, in cui la persona non riesce a integrare l'esperienza di perdita e continua a vivere la propria vita in continuità con l'esperienza di perdita che impedisce la guarigione. Il termine "complicato" sta ad indicare una condizione medica che configura un disturbo di salute mentale.
Il vissuto del lutto non è una condizione di "stato" ma si sviluppa attraverso un "**processo**", il cui andamento risente di una notevole variabilità individuale, che può prevedere un andamento "a singhiozzo" o con "alti e bassi", modalità in cui si assiste ad una oscillazione fra momenti di maggiore consapevolezza e momenti di diniego o di rimozione relativamente alla dolorosa realtà della perdita. In questa situazione, lo spettro di disturbi sul piano emotivo, cognitivo, sociale e comportamentale è piuttosto ampio, variando da alterazioni appena percettibili a profondi stati di angoscia e di comportamento disfunzionale.
Il manuale internazionale di diagnostica psichiatrica, il DSM - 5 (APA, 2013), riporta il "**Disturbo da lutto persistente complicato**" per descrivere il quadro di disturbo di natura psichica conseguente alla morte di qualcuno con cui l'individuo in lutto aveva una relazione stretta. Il DSM - 5 (APA, 2013) stima una prevalenza del disturbo approssimativamente del **2,4%-4,8%**. Il genere (fattore genetico) è un fattore connesso al rischio di incorrere nel disturbo e si nota una maggiore frequenza nelle **donne** rispetto agli uomini. Altri fattori di rischio che aumentano la probabilità di sviluppare il disturbo, sono connessi a fattori ambientali, come, per esempio, quello di essere dipendente dalla persona deceduta e dalla morte di un bambino.
Il disturbo può verificarsi ad ogni età, a partire dall'anno di vita. I sintomi possono iniziare **entro un mese dalla morte**, anche se si può riscontrare **un ritardo di mesi o di anni prima che si manifesti la sindrome completa**. Anche se le reazioni al lutto si manifestano nel tempo immediatamente successivo al decesso, non possono essere diagnosticate come "disturbo da lutto persistente complicato" a meno che non siano **trascorsi oltre 12 mesi** (6 mesi per i bambini). I bambini possono vivere come traumatica la perdita di un adulto di riferimento, detto *caregiver*, la cui assenza può avere effetti destabilizzanti. Il disagio nei bambini può essere espresso nel gioco o nel comportamento, nelle regressioni dello sviluppo e nei comportamenti ansiosi o di protesta nei momenti di separazione o di riunione.
Il "disturbo da lutto persistente complicato" è associato a ***deficit* nel funzionamento lavorativo e sociale e a comportamenti dannosi per la salute**, come un aumento

nel consumo di tabacco e alcol. Esso è anche associato ad un marcato aumento dei rischi per condizioni mediche gravi come i disturbi cardiaci, ipertensione, cancro, deficit immunologici e ridotta qualità della vita.
La circostanza della perdita è una determinante molto significativa nell'evoluzione del dolore risultante dal lutto (Kristjanson *et al.*, 2006; Stroebe, Schut, 2001). Dei contributi in letteratura evidenziano come alcuni fattori, oltre a quelli genetici e ambientali già citati, possono essere predittivi nello sviluppo del "disturbo da lutto persistente complicato", tra questi troviamo: le **morti improvvise e violente**, unitamente alla **giovane età del defunto** e la **percezione di prevenibilità della morte** (Breen, O'Connor, 2010). Questi tre fattori sono associati a reazioni di dolore che si estendono al di là di una risposta di dolore atteso ed espressione di un lutto normale e che possono con maggiore probabilità esitare in un Disturbo da lutto complicato, oltre che in una Depressione maggiore e in un Disturbo Post Traumatico da Stress - DPTS (Barry et al., 2002; Johnson et al., 2003; Murphy *et al.*, 2005–2006; Currier et al., 2008).

1

Sulla comunicazione del decesso in italiano sono stati realizzati interessanti lavori da: Lori, Battagli e Nespoli (2013); Sbattella e Tettamanzi (2005); Pietrantoni, Prati, e Valli (2003); Pietrantoni, Prati, Palestini (2008); Zuliani e De Antoni (2002). Molte delle indicazioni qui riportate sono tratte da Lori, Battagli e Nespoli (2013).

"Disturbo da lutto persistente complicato" (DLPC)

Questa condizione è connessa ad **un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento psicosociale** (Criterio D) che è perdurato per **12 mesi** (6 nel caso dei bambini) dopo il lutto, ossia la **morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta** (Criterio A). Il criterio temporale discrimina il lutto normale dal lutto persistente. La condizione di disagio implica tipicamente un **persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta** (Criterio B1), che può essere **associato a profondo dolore e pianto frequente** (Criterio B2), **o preoccupazione per la persona deceduta** (Criterio B3). L'individuo può anche essere **preoccupato per il modo in cui la persona è deceduta** (Criterio B4).
Per poter fare diagnosi di questo disturbo occorre anche rilevare la presenza di altri sei sintomi aggiuntivi che identificano la presenza di una **sofferenza reattiva alla morte** che si può manifestare con: marcata difficoltà nell'accettare che l'individuo sia morto (Criterio C1); dubbio che l'individuo sia morto (Criterio C2); ricordi dolorosi del deceduto (Criterio C3); rabbia in relazione alla perdita (Criterio C4); valutazione negativa di sé rispetto al deceduto o alla morte (Criterio C5); eccessivo evitamento di ricordi della perdita (Criterio C6). Inoltre, sono presenti condizioni che identificano la presenza di **disordine sociale** o **disordine dell'identità**, nello specifico: viene riferito il desiderio di morire per essere vicini al deceduto (Criterio C7); dal momento della morte, non si è più avuta fiducia negli altri (Criterio C8); presenza di sentimenti di isolamento e di distacco (Criterio C9); convinzione che la vita senza il deceduto non abbia un significato o uno scopo (Criterio C10); diminuito senso della propria identità, confusione circa il proprio ruolo nella vita e convinzione che una parte di loro stessi è morta o è andata perduta (Criterio C11); difficoltà nell'impegnarsi nelle attività, nel perseguire le relazioni interpersonali o nel fare piani per il futuro (Criterio C12).
La natura e la gravità del lutto devono essere **sproporzionate rispetto all'ambiente culturale, all'appartenenza religiosa o alla fase di sviluppo** (Criterio E).
Il disturbo può essere associato ad allucinazioni uditive o visive, in cui viene percepita la presenza del deceduto (e.g.: il deceduto viene visto seduto sulla sua sedia preferita).

3.1.2 I Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS)

Il Disturbo Post-traumatico da Stress (*DPTS*), come entità diagnostica, vede la sua nascita ufficiale nel 1980, con l'inclusione all'interno della IIIª Edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-3; APA, 1980). Tuttavia, i concetti presenti all'interno di questa categoria nosografia, nonché sulle conseguenze che le esperienze traumatiche hanno per le vite degli individui e per il disagio psichico,

sono presenti fin dall'inizio della storia della psicologia e della psichiatria. Numerosi, infatti, sono i contributi teorici forniti nello scorso secolo in cui è stato "**scoperto**" **il trauma** (Fassin, Rechtman, 2007). Il DPTS è solo **uno dei possibili esiti di un trauma psichico**. Come sottolineato da alcuni Autori (Yeuda, McFarlane, 1999), meno del 40% delle persone sottoposte ad un trauma sviluppa sintomi post-traumatici e riceve questa diagnosi. Quando si definisce un evento "traumatico", non lo si può fare "a priori" e senza tenere nella giusta considerazione la **vulnerabilità individuale** (Person, Klar, 1995) e bisogna anche fare una distinzione **qualitativa e quantitativa rispetto al tipo e all'intensità del trauma** (Sandler, 1981; Semi, 1989). Inoltre, sappiamo che un'esperienza traumatica può contribuire massicciamente allo **sviluppo di alterazioni del funzionamento psicologico e neurobiologico individuale**, sia nell'**immediatezza** del trauma stesso, sia **nel corso del tempo**.
Ma che cosa è che fa sentire le persone sopraffatte e trasforma un'esperienza stressante in un trauma personale?
Si deve sottolineare che gli esseri umani impiegano molto tempo e molte energie nell'elaborazione di **idee sul funzionamento del mondo** e nella costruzione di **ambienti sociali stabili e prevedibili**, finalizzati alla loro protezione (van der Kolk et al., 1996). Gli schemi cognitivi acquisiti ("teoria della realtà") sono in grado di **dare un senso all'esperienza emotivamente rilevante**, agendo da ammortizzatori contro il senso di sopraffazione (Epstein, 1992; Janoff-Bulman, 1992).
Questi schemi interiori funzionano anche come **filtri** che selezionano gli input percettivi rilevanti nel successivo **processo di codificazione e classificazione** e costituiscono un percorso lungo il quale gli individui analizzano le esperienze che stanno vivendo (van der Kolk, Ducey, 1989). I soggetti che soffrono di ***DPTS*** presentano tre diversi tipi di ***deficit*** **nell'elaborazione dell'informazione**:

a) **interpretano** in modo eccessivo gli stimoli che stanno vivendo come **ricordi del trauma**, per cui degli stimoli di bassa intensità finiscono per avere il potere di attivare dei ricordi intrusivi del trauma;
b) soffrono di **iperattività generalizzata** e di **difficoltà a discriminare** ciò che è rilevante da ciò che non lo è;
c) dopo essersi **dissociati al momento del trauma**, molti continuano ad usare la **dissociazione** come mezzo per affrontare sia le intrusioni legate al trauma che le altre esperienze stressanti della vita.

La persona che ha vissuto un'esperienza traumatica presenta nel tempo una serie di sintomi caratterizzati, prevalentemente, dalla tendenza a **rivivere il trauma**, a manifestare comportamenti di **evitamento**, nonché ad avere sintomi di **ipervigilanza** e **allarme**. L'ipervigilanza e i sintomi di allarme sono presenti in una buona percentuale di casi e si manifestano con difficoltà nell'addormentamento, reazioni accentuate a rumori improvvisi, ansia acuta in risposta a stimoli di lieve entità. In particolare, il trauma può essere costantemente rivissuto con **ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento**, o ***flashback***, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni; sogni spiacevoli e ricorrenti dell'evento, unitamente ad una sensazione che l'evento stia per ripresentarsi. Tali immagini possono arrivare ad interferire sulle capacità attentive e, più in generale, sulle capacità di funzionamento quotidiano della persona, perché la loro presenza, in piena veglia, viene di fatto a sovrapporsi, quasi fosse una esperienza allucinatoria, al fluire delle comuni percezioni. Il ricordo dell'evento traumatico può scatenarsi anche in presenza di eventi, sia esterni che interni al soggetto, che possano richiamare anche solo lontanamente la situazione traumatica e questo può accadere anche a distanza di molti anni dall'evento. I disturbi della memoria nelle loro varie forme risultano tra i più comuni nello stress post traumatico. In molti casi i soggetti non riescono a riorganizzare in modo efficace le memorie traumatiche che si ripresentano invece sotto forma di sensazioni, così da non poter essere verbalizzate (Van Der Kolk, 1996).
Gli **incidenti stradali** sono considerati **la principale causa nella genesi del Disturbo Post Traumatico da Stress** (Blanchard, 1997; Norris, 1992; Kessler, 1995; Blanchard, Hickling, 2004; De Mey-Guillard *et al.*, 2005).
Il primo studio volto a verificare le conseguenze del trauma stradale sullo sviluppo del DPTS lo si deve a Norris (1992), che rilevò un'alta correlazione tra l'essere stati coinvolti in un incidente stradale e l'aver sviluppato il DPTS. In particolare, tra i

soggetti intervistati telefonicamente, risultò che il 23,4% dei soggetti con DPTS era stato coinvolto in un incidente stradale. Successivamente Kessler e collaboratori (1995) hanno realizzato una vasta indagine epidemiologica, attraverso la quale hanno verificato che il 6,5% dei soggetti coinvolti in incidenti stradali avevano sviluppato il DPTS. Pur peccando di una certa approssimazione metodologica, questi due studi hanno avuto il merito di porre per la prima volta l'attenzione sul **legame tra trauma da incidentalità stradale e comparsa di patologie come il DPTS**.

Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) è una patologia associata **all'esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico di gravità oggettiva estrema** (attacchi terroristici, guerre, catastrofi naturali o causate dall'uomo, violenza sessuale, rapimento, gravi incidenti automobilistici, morte violenta e inaspettata di una persona cara), da un decorso tendenzialmente cronico e un significativo peggioramento della qualità della vita.
Nella quinta e ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013), il DPTS non appartiene più alla famiglia dei disturbi d'ansia, ma costituisce, insieme ad altri disturbi affini, il nuovo capitolo dei Disturbi collegati a traumi e stress (Trauma and Stress Related Disorders).
Nel DSM-5 inoltre si riscontra un allargamento della definizione di evento traumatico (Criterio A). Da un lato si sono estesi i criteri definitori e i contesti che possono caratterizzarsi come condizioni traumatiche; dall'altro sono stati ampliati i criteri di esposizione, considerando anche il **coinvolgimento indiretto** come una potenziale condizione traumatica (è il caso dei testimoni, dei soccorritori o dei parenti di una persona coinvolta nell'evento).
Sono stati meglio articolati, rispetto alle edizioni precedenti, i raggruppamento dei sintomi che lo caratterizzano, in particolare:

- Sintomi intrusivi dell'evento traumatico o degli eventi traumatici. Ad esempio elementi ricorrenti legati a pensieri, percezioni, immagini, sogni illusioni o allucinazioni, ricordi, ecc. (Criterio B).
- Sintomi di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico o agli eventi traumatici; evitare pensieri, sentimenti associati all'evento, non esporsi in luoghi con persone o attività che possano richiamare l'evento (Criterio C).
- Sintomi di alterazioni cognitive ed emotive quali incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico e convinzioni o aspettative negative, persistenti ed esagerate su se stessi, gli altri e il mondo – ad es., "Non ci si può fidare di nessuno", "Sono cattivo" (Criterio D);
- Sintomi di iperattivazione e reattività quali comportamento irritabile, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e del sonno (Criterio E).

Le caratteristiche cliniche richieste dal DSM-5 per porre diagnosi di DPTS prevedono il soddisfacimento del criterio riguardante l'esposizione al trauma (Criterio A) e dei quattro criteri sintomatologici descritti (Criteri B, C, D ed E).
Inoltre, i sintomi devono persistere da più di un mese e devono comportare un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. Occorre anche escludere che le manifestazioni sintomatologiche non siano la conseguenza di uso di farmaci o sostanze illecite.
Altre importanti variazioni introdotte dal DSM-5 sono state la differenziazione di DPTS con o senza sintomi dissociativi, come la depersonalizzazione e derealizzazione, e il considerare con maggiore attenzione gli aspetti legati allo sviluppo.

Pertanto, soltanto a metà degli anni novanta si assiste a un reale e diffuso incremento degli studi sulle **conseguenze psicopatologiche** degli incidenti stradali, in particolare attraverso studi di ***follow-up*** che hanno indagato nel tempo le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali. Tra questi possiamo citare due

studi particolarmente accurati di Blanchard e Hickling (2004). Le indagini hanno coinvolto un numero ampio di soggetti, e un'ampia articolazione delle variabili considerate (storia pregressa del soggetto, dinamica dell'incidente, conseguenze sul piano fisico e cure ricevute, ecc.). Nel primo studio sono stati considerati 158 soggetti, tra cui alcuni che avevano subito ricovero ospedaliero, mentre gli altri erano stati prontamente dimessi dall'ospedale. I soggetti sono stati valutati attraverso 5 *follow-up*: la prima valutazione è avvenuta tra il primo e il quarto mese dall'evento, e le successive a sei, dodici, diciotto e trenta mesi. Il secondo studio ha coinvolto 161 soggetti che avevano richiesto supporto psicologico. Da queste indagini è risultato che **dal 15% al 45% dei sopravvissuti ad incidente stradale aveva sviluppato il DPTS** (Blanchard, Hickling, 2004). In altre ricerche, l'incidenza del DPTS conseguente a gravi traumi da incidentalità stradale è stato valutato mediamente **dall'8% al 46% dei casi presi in esame** (Gabriel *et al.*, 2009). Le differenti stime sono probabilmente dovute alle diverse modalità e strumenti impiegati nel formulare la diagnosi, al diverso periodo successivo all'incidente preso in esame (nell'immediato post evento, sei mesi, un anno o anche diversi anni dopo l'incidente), alle differenti caratteristiche dei campioni considerati (ospedalizzati con lievi o gravi e permanenti disabilità, familiari delle vittime, ecc.), e alle conseguenze causate dall'incidente (lievi o gravi). Tuttavia, le frequenze relative alla presenza del disturbo rivelano un'incidenza significativa fino a 30 mesi di distanza dall'evento.
Inoltre, molti studi realizzati sullo sviluppo del DPTS conseguente a trauma da incidente stradale, hanno posto l'attenzione sui **predittori**, ossia sui fattori che possono favorire lo sviluppo del disturbo. L'importanza di distinguere cause diverse che conducono al DPTS è evidenziata in due recenti lavori di Boccia e collaboratori (2015a, 2015b), che sottolineano come, a seconda dell'evento che ha provocato la condizione post-traumatica, possano essere individuate alterazioni diverse a livello neurofunzionale. In particolare, evidenziano come le alterazioni neurofunzionali prodotte dal DPTS da incidentalità stradale, sembrano **predire l'outcome di specifici interventi psicologici** (Boccia *et al.*, 2015b). Questi studi mettono in luce la necessità di rispondere in modo mirato ai traumi della strada, perché diversi dagli altri traumi psichici.

3.1.3 Altri disturbi correlati ad eventi traumatici

Eventi traumatici come gli incidenti stradali possono comportare problemi psicologici molto rilevanti o causare vere e proprie patologie psichiche. Di fatto, l'esperienza degli incidenti stradali si caratterizza per il fatto che la violenza d'impatto dell'evento esterno è tale da costituire una lacerazione di quella "*barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi*" (Freud, 1915).
Come abbiamo appena descritto, molte ricerche si sono focalizzate sullo sviluppo del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS; *cfr.* Blanchard, Hickling, 2004), ma non sono mancate evidenze sperimentali che hanno mostrato come in una vittima diretta o indiretta (familiare, conoscente, ecc.) possano insorgere **altri disturbi psicopatologici** come i disturbi d'ansia, le fobie specifiche, come quella legata al guidare (amaxofobia) e disturbi dell'umore, oltre che la tendenza a far ricorso a sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza (Mayou et al., 2001; McFarlane, 1997, O'Donnell *et al.*, 2004; Shalev *et al.*, 1998; Ehring, 2006). Un'indagine realizzata dal Centro Ricerche sugli incidenti dell'Università di Monash, in Australia (Harrison, 1999), ha analizzato le percentuali dei disturbi più frequenti dopo un incidente stradale, rispettivamente:

Disturbo Acuto da Stress (o ASD, Acute Stress Disorder).	**5,7%**
Disturbo depressivo maggiore (o MDD, Major Depressive Disorder).	**> 6%**
Fobia specifica alla guida.	**6,6%**
Disturbo Post-traumatico da Stress (o PTSD, Post Traumatic Stress Disorder).	**13,1%**

Abbiamo già descritto il DPTS che può rappresentare l'evoluzione clinica a medio-lungo termine, per esempio, del Disturbo Acuto da Stress.
Il **Disturbo Acuto da Stress** (ASD - *Acute Stress Disorder*; APA, 2013) si può instaurare rapidamente, dopo circa 48 ore dall'evento, e può durare - secondo l'attuale classificazione nosografica del DSM - 5 da due giorni ad un mese. Con il persistere di sintomi clinici rilevanti dopo il termine del mese, si passa alla diagnosi di DPTS.

DISTURBO ACUTO DA STRESS (DAS).

Il DPTS può essere anticipato da un Disturbo Acuto da Stress che si manifesta in seguito all'esposizione diretta o indiretta della persona ad un evento stressante o traumatico che implica la morte o la minaccia, lesioni gravi o violenza sessuale (Criterio A). Per fare diagnosi di Disturbo Acuto da Stress si deve riscontrare la presenza di almeno nove sintomi (Criterio B), in una qualunque delle seguenti categorie, relative a sintomi di intrusione, umore negativo, sintomi dissociativi, sintomi di evitamento, sintomi di arousal:

- **Intrusione**: ricordi angoscianti ricorrenti e intrusivi o sogni dell'evento, reazioni dissociative (per es., *flashback*) in cui l'individuo reagisce come se l'/gli evento/i si stesse ripresentando, disagio prolungato e reazioni fisiologiche marcate in risposta a fattori scatenanti che assomigliano o simboleggiano l'evento/i traumatico/i.
- **Stato d'animo negativo** e incapacità di provare emozioni positive.
- **Dissociazione** e alterazioni della realtà, dell'altro, di sé e amnesia dissociativa con incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'/degli eventoi/i traumatico/i.
- **Evitamento** di ricordi, pensieri e sentimenti associati all'evento e degli stimoli esterni capaci di suscitarli.
- **Attivazione generalizzata** con irritabilità e scoppi d'ira, esagerate risposte di allarme e ipervigilanza, comportamenti autodistruttivi, difficoltà nella concentrazione e nel sonno, aventi inizio successivamente all'evento traumatico.

La durata dell'alterazione va da 3 giorni ad un mese dall'esposizione al trauma (Criterio C). Il Disturbo Acuto da Stress causa un forte disagio e una compromissione rilevante del **funzionamento sociale, lavorativo** e altre aree fondamentali per l'individuo (Criterio D) e la sintomatologia non deve essere riconducibile agli effetti di una sostanza o ad una condizione medica (Criterio E).

Il Disturbo Acuto da Stress si differenzia dal Disturbo Post Traumatico da Stress per la **durata dei sintomi** che va da tre giorni ad un mese dopo l'esposizione al trauma. In seguito al trauma, la reazione di iper-attivazione (*iperarousal*) del soggetto, può incontrare inizialmente i criteri previsti per il Disturbo Acuto da Stress, per poi esitare in un Disturbo Post Traumatico da Stress, se i sintomi persistono per più di un mese e soddisfano i criteri per un DPTS. Sebbene circa la metà delle persone che sviluppano un DPTS inizialmente hanno ricevuto diagnosi di Disturbo Acuto da Stress, tale evoluzione può non verificarsi e il disturbo può essere considerato **una risposta transitoria allo stress** che diminuisce entro un mese dall'esposizione al trauma.
Il **Disturbo depressivo maggiore** (o MDD, *Major Depressive Disorder*; APA, 2013) si caratterizza per il fatto che la persona presenta **un umore depresso persistente ed un'incapacità di provare felicità o piacere**. Nel Disturbo Depressivo Maggiore (EDM) l'umore depresso non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni e si accompagna a sentimenti di infelicità e di sofferenza pervasivi, ruminazioni autocritiche e pessimistiche. Le risposte ad una perdita significativa, come un lutto o una perdita derivante da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità, possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso che possono assomigliare ad un

EDM. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili o considerati appropriati alla situazione, deve essere considerata con grande attenzione la presenza di un Disturbo depressivo maggiore in aggiunta alla fisiologica risposta ad una perdita significativa.

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE (EDM)

La caratteristica essenziale di un episodio depressivo maggiore è un periodo di almeno due settimane durante il quale vi è la presenza di umore depresso o la perdita di interesse o piacere in quasi tutte le attività (Criterio A). Devono anche essere presenti almeno 4 sintomi derivati da un elenco che include: **modificazioni dell'appetito o del peso; modificazioni del sonno** (insonnia o ipersonnia) o **dell'attività psicomotoria; faticabilità** o mancanza di energia; **sensi di colpa eccessivi ed inappropriati** con **sentimenti di autosvalutazione**; **difficoltà nel concentrarsi, pensare o prendere decisioni**; pensieri ricorrenti di **morte** o **ideazione suicidaria** o piani per commettere suicidio o tentativi di suicidio.
Per considerare la presenza di un EDM, un sintomo deve essere di nuova comparsa o chiaramente peggiorato rispetto allo status precedente. I sintomi devono persistere per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni per almeno due settimane consecutive. L'episodio depressivo maggiore deve essere accompagnato da **un disagio clinicamente significativo o da compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree** (Criterio B). Nel caso di episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale, ma la persona riferisce che tutto ciò che compie richiede un marcato aumento di sforzo.
L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o da un'altra condizione medica (Criterio C). Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia ed altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione (Criterio D). Si deve escludere la presenza di un episodio maniacale o ipomaniacale non prodotto da sostanze o da effetti fisiologici di un'altra condizione medica (Criterio E).

Il decorso dell'Episodio depressivo maggiore è abbastanza variabile, in quanto alcuni individui non raggiungono mai, o solo raramente, la remissione (un periodo di 2 mesi o più senza sintomi, oppure uno o due sintomi presenti in modo lieve), mentre altri vivono molti anni con pochi o nessun sintomo tra i diversi episodi. **La compromissione può essere molto lieve** (al punto che chi interagisce con la persona affetta non la riconoscono), **oppure può variare fino alla completa inabilità**, al punto che l'individuo è incapace di far fronte alle necessità di base per la cura di se stesso, oppure è muto o catatonico.
La **Fobia specifica** (APA, 2013) si caratterizza per la presenza di **paura o ansia circoscritte a situazioni o ad oggetti particolari** che possono essere definiti lo stimolo fobico. Molti individui temono oggetti o situazioni appartenenti a più di una categoria o stimolo fobico e le categorie delle situazioni o degli oggetti temuti sono fornite come **specificatori**. Per fare diagnosi di Fobia specifica, la reazione deve essere **diversa dalle paure normali e transitorie** che si verificano frequentemente nella popolazione. Gli individui con Fobia specifica vivono un aumento dell'attivazione fisiologica in previsione di, o durante l'esposizione a, un oggetto o una situazione fobici, con una risposta fisiologica che può essere variabile.

FOBIA SPECIFICA

La Fobia specifica si caratterizza per la presenza di **paura o ansia marcate** verso situazioni o oggetti particolari (Criterio A) che vengono specificati (*e.g.*: volare, altezza, animali, sangue). Il codice da specificare, è basato sullo stimolo fobico e può essere: **Animale** (*e.g.*: ragni, insetti, ecc.), **Ambiente naturale** (*e.g.*: altezze,

temporali, ecc.), **Sangue-iniezioni-ferite** (*e.g.*: aghi, procedure mediche, ecc.), **Situazionale** (*e.g.*: aeroplani, ascensori, ecc.), **Altro** (*e.g.*: paura di situazioni che possono portare a soffocare, paura dei rumori forti, ecc.).
La quantità di paura vissuta può variare in base alla **prossimità all'oggetto o alla situazione temuti** e può manifestarsi **in anticipo o in presenza effettiva dell'oggetto o della situazione**. Inoltre, la paura e l'ansia possono prendere la forma di un attacco di panico con tutti, o solo alcuni dei sintomi.
La paura o l'ansia sono evocate quasi ogni volta che l'individuo viene in contatto con lo stimolo fobico (Criterio B). L'individuo evita attivamente la situazione, oppure, se non è in grado di evitarla o decide di non evitarla, la situazione o l'oggetto fobico evocano paura e ansia intense (Criterio C). Evitamento attivo indica una serie di comportamenti che l'individuo mette in atto intenzionalmente in modo da prevenire o ridurre al minimo il contatto con gli oggetti o le situazioni fobici. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione, oppure più intense del necessario (Criterio D). La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più (Criterio E). La Fobia specifica deve causare un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e altre aree importanti (Criterio F).

A volte la Fobia specifica si sviluppa in seguito ad un **evento traumatico, all'osservazione di un evento traumatico occorso ad altri**, ad **un attacco di panico inaspettato** verificatosi in quella che sarà la situazione temuta, oppure alla **trasmissione mediatica di informazioni**. Gli individui con Fobia specifica mostrano pattern di **compromissione del funzionamento psicosociale ed una diminuita qualità della vita**, con significativa compromissione del funzionamento lavorativo ed interpersonale.
La Fobia alla guida, da alcuni definita **amaxofobia** (dal termine greco "amaxos" che significa "carro"), si caratterizza per una **paura o ansia circoscritte per l'automobile** che si accompagna a condotte di evitamento e di rifiuto di salire o di guidare un mezzo di trasporto. Gli individui lamentano stati d'ansia e di agitazione, fino ad attacchi di panico, nelle ore o nei giorni precedenti o nel momento in cui devono utilizzare uno specifico mezzo di trasporto. Il timore irrazionale e difficilmente controllabile associato a questo stimolo fobico, porta le persone a modificare le abitudini e ad evitare di effettuare spostamenti.

3.2 Il danno biologico da perdita del rapporto parentale – inquadramento generale

Esaminati nei paragrafi precedenti i meccanismi che si innescano di fronte alla perdita improvvisa di un congiunto, occorre ora affrontare il tema consequenziale, quello cioè di capire come ed in che misura il pregiudizio che subisce chi perde una persona cara per responsabilità di terzi, trovi ristoro risarcitorio nel nostro sistema assicurativo/giudiziario.
Ed al riguardo va premesso che questa fattispecie di danno ha in Italia una connotazione particolare essenzialmente per due motivi.
Il primo è che nel nostro sistema risarcitorio è stata introdotta da ormai quasi quaranta anni la figura del danno biologico entità che non ha riscontro in nessun altro paese industrializzato. Il secondo motivo è rappresentato da un orientamento del nostro sistema giudiziario, relativamente recente, ma del tutto esplicito ed ormai consolidato, secondo cui è legittimo il risarcimento delle lesioni della salute anche delle cosiddette "vittime secondarie", di quelle persone cioè che hanno un danno alla salute non dovuto ad una lesione direttamente cagionata loro dal responsabile civile, bensì per effetto di un pregiudizio estremo – in questo caso la morte – subito da un loro stretto congiunto.
E dunque, nei paragrafi che seguono si cercherà, sia pur in sintesi, di illustrare queste due particolarità del nostro sistema, per poi far meglio comprendere come ed in che misura venga risarcito il danno alla persona nei congiunti di chi decede

a causa di un fatto illecito. Fin da ora però – cosa che ripeteremo più volte nelle pagine che seguono – occorre sempre aver presente le diverse partite di danno che vanno riconosciute ai congiunti di vittime della strada, che per loro natura rischiano di creare aree di sovrapposizione che però occorre attentamente evitare. Il riferimento è evidentemente alla necessità di non confondere nè sovrapporre il ristoro risarcitorio dovuto alla perdita del legame affettivo, ed a tutti quei sentimenti illustrati nel capitolo precedente che ciò genera, con i reali quadri psico-patologici, i soli che possono giustificare un danno ulteriore a titolo di danno biologico della vittima secondaria.

3.2.1 Il risarcimento del danno alla persona secondo la dottrina del danno biologico

Fin dall'antichità è emersa la necessità di dare un valore, anche economico, al danno alla persona per consentirne un giusto risarcimento.
Ed è interessante menzionare che già nell'antica storia ebraica veniva affermato "*... esserci cinque cose che si devono riparare allorché si è ferito qualcuno: il danno, il dolore, le spese per la guarigione, la mancata continuazione del lavoro e l'infamia*"[1], ad indicare come l'azione risarcitoria venisse già estesa non solo al nocumento economico determinato dalla lesione e/o dalla menomazione, ma anche ad altri nocumenti più personali e soggettivi legati al danno alla persona, quali appunto il dolore patito e, sul piano ancora più personale, "l'infamia", il nocumento cioè alla propria immagine ed alla propria posizione nel contesto sociale e relazionale.

IROLLI Il valore dell'uomo Napoli, 1978

Il criterio prevalente tuttavia, fin dall'antichità, fu quello di identificare il "valore" dell'uomo nella sua ricchezza, nella sua capacità di produrre beni economicamente apprezzabili.
Ricordiamo ad esempio l'Antico Testamento (XXI, 18, 19): "*Se gli uomini fanno una rissa ed uno percuoterà uno a lui prossimo con una pietra o con un pugno, se costui non morirà, ma dovrà stare a letto e poi si alzerà e camminerà fuori, appoggiato al suo bastone, chi l'avrà percosso non sarà punito, ma dovrà risarcirgli i danni del perduto lavoro e le spese mediche*". Un passo che racchiude, in estrema sintesi i dettami del Codice Penale, che interveniva con la punizione del responsabile in caso di morte del leso, e del Codice Civile, che ha come finalità solo quella di "risarcire" il danno patito dalla vittima.
Ancora, da menzionare i codici dei Sumeri, quello di Hammurabi ed ancora i dettami seguiti fino all'epoca dell'Impero romano, che ritenevano in verità sì economicamente apprezzabile il danno alla persona, ma solo quello arrecato agli schiavi o ai plebei, i primi in quanto produttori di ricchezza per i propri padroni, i secondi dovendo provvedere a sé stessi mediante il proprio lavoro. Il Dominus, padrone di beni e di schiavi, non poteva essere oggetto di apprezzamento economico, perché "l'uomo libero non aveva un'attività economica propria, ma traeva i suoi guadagni dalla sua qualità di dominus, cioè dal possedere schiavi ed animali, che con il loro lavoro rendevano produttive le sue proprietà. E' per questa ragione che, invece, era previsto un risarcimento in danaro al padrone per il danno arrecato alla persona dello schiavo, in quanto tale danno, menomando l'integrità fisica dello schiavo stesso, ne diminuiva, conseguentemente, la produttività danneggiando economicamente il patrimonio di chi lo possedeva"[2].

CUTTICA-PARIS Alcune considerazioni generali sul valore economico della persona Atti Giornate medico-legali triestine, Trieste 1954

Fu solo con il disgregarsi dell'impero romano e l'abolizione della schiavitù che iniziò a parlarsi in termini più diretti ed apprezzabili di valore economico dell'uomo ai fini della riparazione risarcitoria di un danno arrecatogli da terzi.
Si giunse, in tempi più recenti, come ad esempio era in uso presso alcune società di pirateria, addirittura a formulare una sorta di "tariffario" delle menomazioni: "*la perdita di un occhio durante il combattimento sarà pagata con 100 scudi o il dono di uno schiavo; la perdita di tutti e due gli occhi varrà 600 scudi o sei schiavi... se qualcuno, pur non avendo del tutto perduto un membro non potesse servirsene, sarà ricompensato come se gli fosse stato completamente asportato*"[3]. Ed è significativo rilevare come già in questo esempio fossero contenuti alcuni criteri elementari, del tutto analoghi a quelli della medicina valutativa moderna, quali ad esempio il ritenere che la perdita funzionale totale di un arto equivalesse alla sua perdita anatomica

FRANCHI Storia della pirateria nel mondo, Milano, 1952; MACCHIARELLI-FEOLA Medicina Legale cit.

completa, oppure che la perdita di un occhio valesse di gran lunga meno della metà della perdita di entrambi.
Tra la fine del XVIII secolo e gli inizi del XIX si colloca l'opera di Melchiorre Gioia (1767-1829), uomo politico di idee liberali, filosofo, economista, studioso di statistica tanto da esserne considerato uno dei fondatori.
Di questo studioso, che fu uno dei primi ad occuparsi estesamente del risarcimento del danno alla persona, va ricordata la celebre "*regola del ciabattino*"[4]: "*Un calzolaio, per esempio, eseguisce due scarpe ed un quarto al giorno, voi avete indebolito la sua mano in modo che non riesce più a fare che una scarpa. Voi gli dovete allora il valore della fattura di una scarpa ed un quarto, moltiplicato per il numero di giorni che gli restano di vita, meno i giorni festivi*".

GIOIA Dell'ingiuria, dei danni, del soddisfacimento e relative basi di stima avanti i Tribunali Civili, Lugano 1840, Sez. II, libro I

L'impostazione del Melchiorre Gioia, che vede come cardine dell'azione risarcitoria la capacità reddituale del soggetto leso, è ulteriormente ribadita in altre sue classiche annotazioni, che pure vale la pena di menzionare: "*Supponiamo che con ferite o percosse gravi voi avete scemato per esempio di un terzo le forze industri di un uomo. Il valore di questo terzo all'anno sia di lire 300. E' chiaro che voi dovete tante trecento lire quanti anni restano da vivere all'offeso.... Un incisore, per esempio, guadagna 300 zecchini all'anno, un pittore 600: una ferita rende paralitica la destra dell'uno e dell'altro. E' chiaro anche in questo caso che per lo stesso delitto sarebbe dovuto soddisfacimento diverso. Dunque il valore del soddisfacimento dovuto a titolo di industria paralizzata, deve in tutti i casi variare in ragione di: 1) età del ferito, 2) della sua professione...*".
In verità in quell'epoca, anche se le relative ripercussioni sul piano giuridico e della prassi risarcitoria non ebbero alcun seguito, andò già parallelamente sviluppandosi un concetto di valore economico dell'uomo non legato esclusivamente alla sua effettiva ed accertata capacità reddituale; una concezione cioè del valore dell'uomo che già introduceva elementi in qualche modo assimilabili non solo all'idea di *capacità lavorativa generica* ovvero di pluralità di espressione delle potenzialità produttive, ma addirittura anche quella odierna di danno alla salute. Adamo Smith ad esempio[5], definiva l'*uomo ordinario* come "*... l'essere umano dotato di tutti quegli attributi fisici e psichici tali da rendergli possibile lo svolgimento di una qualsiasi attività, nonché il godimento ed il soddisfacimento di tutte le proprie esigenze, sia biologiche, sia intellettuali*". Lo stesso Carlo Marx del resto[6], riprendendo in parte il pensiero di Smith, definì specificamente la capacità di guadagno come "l'insieme delle attitudini fisiche ed intellettuali individuali che ogni essere umano mette in movimento ogni volta che produce valore d'uso di qualsiasi genere".

GIOIA Dell'ingiuria, dei danni, del soddisfacimento e relative basi di stima avanti i Tribunali Civili, Lugano 1840, Sez. II, libro I

MARX Il Capitale, Roma 1956; MACCHIARELLI-FEOLA Medicina Legale, cit

Nella storia della Medicina Legale italiana va unanimemente riconosciuto al pensiero di Cesare Gerin, il merito di aver introdotto, nel concetto stesso di danno alla persona da porre ad oggetto di azione risarcitoria, un elemento nuovo, quello che poi, elaborato nei decenni successivi, rappresenta il fondamento della attuale dottrina[7]. Il Gerin infatti, introducendo il concetto di danno alla "validità psico-fisica", ha posto al centro della valutazione del danno alla persona non già il soggetto inteso solo come elemento produttivo di un bene economico, bensì l'uomo in tutte le sue estrinsecazioni, in tutte le sue manifestazioni del vivere quotidiano.

GERIN La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile Atti delle Giornate medico-legali triestine, Trieste, 1952; GERIN La valutazione del danno alla persona in responsabilità civile, Milano, 1973

In verità, nonostante l'opera di Gerin, per decenni ancora rimase ferma nella prassi giudiziaria e, conseguentemente, in quella valutativa medico-legale l'impostazione rigidamente legata a criteri esclusivamente patrimonialistici (e ricordiamo in proposito il pensiero del Franchini[8]), volti essenzialmente ad accertare la riduzione della capacità lavorativa del soggetto leso, così come fin dalla fine degli anni venti era stato indicato dall'opera del Cazzaniga[9]. A testimonianza di ciò è da ricordare quanto, ancora alla fine degli anni settanta, veniva scritto in uno dei testi di Medicina Legale che all'epoca era considerato uno dei maggiori, consigliato in diverse Scuole di specializzazione[10]: "*Agli effetti del risarcimento... viene considerata la proiezione economica* (danno patrimoniale) *del pregiudizio recato dal fatto illecito altrui all'integrità ed efficienza fisica e psichica del danneggiato ed al suo inserimento nelle esigenze di relazione in quanto si riflettano sulla sua capacità produttiva... Il lucro cessante consiste nella perdita o nella riduzione della capacità lavorativa e di guadagno* (questa consistente nella capacità ad inserire la capacità lavorativa nella concreta operatività economica), *che nel loro insieme costituiscono la* **capacità produttiva**. *Rappresentano fattori del lucro cessante non soltanto quelli che direttamente incidono sulla validità funzionale, ma anche quelli che vi incidono indirettamente* (ad es.: sindromi dolorose persistenti)

FRANCHINI La valutazione medico-legale del danno biologico di rilevanza patrimoniale in materia civile in Responsabilità civile e previdenza, vol. XXIV, 1959, 19; FRANCHINI La valutazione medico-legale del danno biologico di rilevanza patrimoniale in Atti delle giornata medico legali di Como, Milano, 1968

CAZZANIGA Le basi medico legali per la stima del danno alla persona da delitto e quasi delitto Milano, 1928

CHIODI, GILLI, PUCCINI, PORTIGLIATTI-BARBOS, FALLANI, DE BERNARDI Manuale di Medicina Legale Milano, 1976, 1351 ss

o che semplicemente sconsigliano la prosecuzione dell'abituale specifica attività, in sé ancora possibile (ad es.: un'epilessia post-traumatica in soggetto dedito ad attività che lo espongono al pericolo di caduta dall'alto)*... In quanto influente agli effetti economici si considera poi la cosiddetta capacità sociale, consistente nella capacità di conseguire acquisizioni inerenti al migliore inserimento nel mondo esterno, utili agli effetti di un accrescimento della capacità produttiva. Anche il fattore estetico e la* ***capacità sessuale*** *sono riconosciuti* ***influenti*** *agli effetti del risarcimento, sempre nella sfera delle loro apprezzabili ripercussioni economiche. La valutazione che riguarda il danno estetico è eminentemente di specie, in quanto basata su valori variabili e diversamente combinati* (età, sesso, professione ecc.)*. E' indubbia la rilevanza di questo genere di pregiudizio in chi esercita attività in contatto con il pubblico... nonché, agli effetti delle variabili prospettive matrimoniali, specialmente nelle giovani donne nubili. Il danno economico inerente alla perdita della capacità sessuale è ravvisato nella decadenza delle possibilità matrimoniali* (rilevantissima nel giovane) *e di quelle inerenti alla nascita dei figli* (in questo caso secondo una scala decrescente di rilevanza dal giovane al vecchio, dal celibe al coniugato, da chi ha già figli a chi non ne ha)*, in quanto da quelli sia da attendersi assistenza ed aiuto economico in caso di necessità*".

Come si può facilmente rilevare (ed è in tal senso particolarmente significativo l'ultimo passo riportato, quello cioè relativo alle motivazioni della rilevanza risarcitoria del danno sessuale), ancora in epoca relativamente recente la Dottrina medico legale fondava la stima del danno alla persona unicamente sulla rilevanza "economica" del quadro menomativo, relegando tutto il resto, tutto quanto cioè non poteva in qualche modo essere considerato alla stregua di un nocumento economico, nell'ambito del danno morale.

Ma poiché questo rigido sistema patrimonialistico aveva reso evidenti numerose incongruenze ed iniquità (si pensi ad esempio all'impossibilità, con questa rigida impostazione patrimonialistica, di risarcire danni alla persona in soggetti non produttori di reddito, quali minori, disoccupati, casalinghe, pensionati... ecc.) progressivamente nel tempo furono introdotti, nella prassi valutativa e risarcitoria (quest'ultima comunque sempre vincolata a parametri reddituali, reali o "figurati" che fossero), alcune figure di danno, definiti come *correttivi liquidativi* quali anzitutto il danno alla capacità lavorativa generica, poi quello alla vita di relazione, il danno estetico, il danno alla funzione sessuale, realizzando così quelli che Antoniotti ha definito "*equivoci paradossi*" ed "*ibridi compromessi*"[11].

ANTONIOTTI Il danno biologico sotto il profilo medico-legale in Giornate di studio sul danno alla salute Pisa 12-13 maggio 1989, Padova, 1990

Fu verso la metà degli anni settanta che, grazie ad alcune sentenze dapprima del Tribunale di Genova, poi di quello di Pisa[12], sentenze che furono subito sostenute dalla Dottrina delle locali sedi universitarie[13], cominciò ad affermarsi quel nuovo principio al quale, come stabiliva la Corte di Cassazione nel 1981[14], "... ci si deve attenere... quello per cui il danno cosiddetto biologico deve essere considerato risarcibile ancorché non incidente sulla capacità di produrre reddito, ed anzi indipendentemente da quest'ultima, le cui menomazioni vanno indipendentemente risarcite", affermandosi nel contempo il conseguente principio che il valore economico del bene salute perduto, essendo quest'ultimo uguale per ogni uomo, dovesse essere economicamente reintegrato con un parametro monetario uguale per tutti e non più, quindi, in rapporto agli specifici requisiti economici posseduti dal soggetto danneggiato prima dell'evento lesivo. Ed il momento di passaggio definitivo dalla fase di studio ed elaborazione teorica a quella della piena legittimazione giuridica di questo diverso modo di intendere il danno alla persona in responsabilità civile viene unanimemente individuato nella sentenza della Corte Costituzionale, la n. 184 del 1986[15].

T. Genova, 25-5-1974; T. Pisa, 10-3-1979

BESSONE-ROPPO Lesione all'integrità fisica e "diritto alla salute". Una giurisprudenza innovativa in tema di valutazione del danno alla persona in Giurisprudenza Italiana, vol. I, 1975, 54 ss

Cass., 6-6-1981

La Corte, in estrema sintesi, pose la tutela del danno alla persona non più unicamente sotto le norme del codice civile, ma soprattutto e primariamente sotto la tutela della nostra Costituzione, segnatamente sotto la tutela dell'art. 32 quello che, appunto sancisce il "diritto alla salute". E, trattandosi di un bene costituzionalmente protetto, l'altro principio strettamente legato a questo tipo di tutela fu che la salute del cittadino italiano, indipendentemente dalla sua residenza e dal suo "*rango*" sociale e patrimoniale, a parità di lesione da responsabilità di terzi dovesse essere risarcita nella stessa misura.

C. Cost., 14-7-1986

A fronte di questa evoluzione del pensiero giuridico, vi è poi stata inevitabilmente una pari evoluzione della dottrina medico-legale che, nel rispetto della sua propria

finalità di individuare ed elaborare i punti di raccordo con il diritto, ha in questi anni cercato di enucleare quegli strumenti teorico-pratici che consentissero di supportare questa nuova concezione del danno alla persona, non più incentrata sulla stima della riduzione delle *capacità produttive* del soggetto leso, ma primariamente sulla valutazione del nocumento subito al bene salute, nella più vasta accezione di questo termine.
La storia del risarcimento del danno alla persona ha avuto in Italia un'ulteriore importante evoluzione quando, nel 2001, è stata promulgata la prima legge che, sia pur limitatamente alla responsabilità da circolazione dei veicolo a motore, definisce cosa è il danno biologico e secondo quali parametri deve essere risarcito. Sempre il legislatore, qualche anno dopo nell'emanare il nuovo Codice delle Assicurazioni (DL 209/2005), ha ripreso nuovamente ed in maniera più estensiva l'argomento e, agli articoli 138 e 139 entrambi dedicati esclusivamente al risarcimento del danno alla persona, sintetizzando l'evoluzione del pensiero giuridico, ha dato la seguente definizione di danno biologico:

> Per danno biologico si intende la **lesione temporanea o permanente alla integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico legale**, che esplica una incidenza negativa sulle **attività quotidiane** e sugli **aspetti dinamico-relazionali della vita** del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito. Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico relazionali personali, l'ammontare del danno può essere aumentato dal giudice sino al trenta percento con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato.

sent. S.U. CC dell'11 novembre 2008, nn. 26972/3/4/5

Sottolineando dunque che oggetto della valutazione non è la lesione all'integrità psico-fisica, ma tutte le sue conseguenze sul fare a-reddituale del soggetto, peraltro ulteriormente risarcibili qualora queste ripercussioni riguardino aspetti peculiari di quel soggetto, attraverso i quali egli si "realizzava", questa definizione, nella nota pronuncia delle Sezioni Unite della Cassazione Civile del novembre 2008, che va sotto il nome di "sentenze di S. Martino"[16] è stata attentamente analizzata e ritenuta del tutto esaustiva, al punto da poter/dover essere esportata in tutti gli ambiti della responsabilità civile e non solo nella RCA.

Corte Costituzionale n. 235 del 6 ottobre 2014, e n. 242 del 2015

L'ultimo prodotto legislativo che tratta del danno alla persona è la legge 27/2012, che all'articolo 32 si occupa specificamente della limitazione del risarcimento da danni di lieve entità esclusivamente soggettivi da lesioni prive di riscontri oggettivi strumentali, legge che in questo contesto va citata anche per le due successive pronunce della Corte Costituzionale[17] che, chiamata a decidere se tale provvedimento legislativo è coerente con la nostra costituzione, nell'affermarne la legittimità ha in entrambi i casi fatto presente la correttezza del legislatore quando l'intento è quello di contemperare interessi contrapposti, in questo caso limitare i risarcimenti di piccoli danni senza riscontri oggettivi per favorire la riduzione dei costi delle polizze auto.
E' tuttavia evidente che questi provvedimenti continuano a rappresentare solo delle tappe intermedie di un'evoluzione che certamente continuerà nei prossimi anni, alla ricerca di un inquadramento che meglio soddisfi le esigenze della società moderna e che, soprattutto, cerchi di giungere ad una auspicabile omogeneizzazione dei sistemi risarcitori degli altri paesi della Unione Europea.

3.2.2 Il risarcimento del danno alla persona nelle vittime secondarie

Una volta divenuta prassi consolidata il risarcimento del danno alla persona secondo la dottrina del pregiudizio alla salute e non più in base solo al valore dell'uomo come produttore di utilità economiche, divenne oggetto di discussione in ambito giuridico l'esistenza o meno del diritto di chi decedeva per responsabilità di terzi ad essere risarcito egli stesso per il pregiudizio estremo subito, risarcimento che poi,

iure hereditatis, doveva essere corrisposto agli eredi.
La questione giunse fino alla Corte Costituzionale che, nuovamente mediante una sentenza storica nello scenario del risarcimento del danno alla persona da responsabilità di terzi, negò che potesse essere riconosciuto un danno ad un soggetto che, morendo, perdeva ogni diritto giuridico, ma allo stesso tempo pose le basi per la legittimazione di un'ulteriore voce di danno, quello cioè che si realizza nei congiunti di una persona deceduta a seguito di fatto illecito da responsabilità di terzi[18].
Al di là di ogni altro aspetto giuridico di questa sentenza, per quanto riguarda lo specifico interesse medico-legale[19], l'attenzione si sofferma solo sulla parte terminale della sentenza, parte che recita come riportato nel testo che segue.

Corte costituzionale sentenza n. 372/94

> Il danno biologico, al pari di ogni altro danno ingiusto, è **risarcibile** soltanto come **pregiudizio effettivamente conseguente ad una lesione**. In secondo luogo, nell'ipotesi particolare di cui si discute l'interpretazione restrittiva dell'art. 2059, in relazione all'art. 185 c.p., non regge alla prova dell'argomento pratico dell'irrazionalità di una decisione che nelle conseguenze dello shock psichico patito dal familiare discerna ciò che è soltanto danno morale soggettivo da ciò che incide sulla salute, per ammettere al risarcimento solo il primo. Il danno alla salute è qui il momento terminale di un processo patogeno originato dal medesimo turbamento dell'equilibrio psichico che sostanzia il danno morale soggettivo e che in persone predisposte da particolari condizioni (debolezza cardiaca, fragilità nervosa, ecc.), anziché esaurirsi in un patema d'animo o in uno stato di angoscia transeunte, può degenerare in un **trauma fisico o psichico permanente**, alle cui conseguenze in termini di **perdita di qualità personali**, e non semplicemente al pretium doloris in senso stretto, va allora commisurato il risarcimento...".

L. Mastroroberto; La sentenza n. 372/94 della Corte Costituzionale: il punto di vista medico legale – Tagete anno II, n. 5 pagg. 35-40, ottobre 1996

E se fu esplicita la volontà della Corte di ritenere risarcibile ("iure proprio" ed in maniera "autonoma" rispetto al danno morale) un eventuale "danno alla salute" dei congiunti di una vittima di fatto illecito da responsabilità di terzi, altrettanto esplicita fu anche l'intenzione di "limitare" questa ipotesi di danno esclusivamente a "traumi fisici o psichici permanenti che rappresentino il "momento terminale" di una alterazione patologica, solitamente "transeunte", che, di per sé, inizialmente, si identifica nel "medesimo turbamento dell'equilibrio psico-fisico che sostanzia il danno morale soggettivo".
E' interessante osservare come la Corte già in quegli anni interpretava correttamente i fenomeni legati al lutto, ben distinguendo ciò che rappresenta il pregiudizio ai sentimenti ed alla serenità familiare (che affermava dovessero rientrare nell'ambito del danno morale), dal danno alla salute, da riconoscere in maniera autonoma solo nel caso in cui il lutto diveniva "complicato", sfociando in una vera e propria psicopatologia.
Nei successivi venti anni il tema in verità si è riproposto più volte e nuovamente, anche attraverso una lunga articolata sentenza della Corte di Cassazione[20], si è discusso sulla legittimità o meno di risarcire la vittima per la "perdita della vita", risarcimento che ovviamente andava, *iure successionis*, ai suoi eredi.
La risposta definitiva è stata data subito dopo dalle Sezioni Unite della Cassazione che, con la pronuncia n. 15350 del 2015, ha definitivamente ritenuta illegittima questa ipotesi, venendo però ribadito il diritto dei sopravvissuti a veder ristorato *iure proprio* ogni pregiudizio alla propria salute derivante dalla perdita della vita del loro congiunto.

La n. 1361/2014 nota come "sentenza Scarano" dal nome del consigliere relatore

Si è semmai ulteriormente affermata la necessità di inquadrare e determinare il pregiudizio subito dalle vittime secondarie in relazione al reale rapporto che intercorreva fra loro e la vittima e non soltanto sulla base della mera "genealogia", per consentire di personalizzare questo tipo di risarcimento. E se ciò vale, secondo il pensiero della Cassazione Civile, per la determinazione del danno cosiddetto "morale" (oggi più correttamente definito danno da perdita del rapporto parentale, in violazione del diritto costituzionalmente protetto, di rango primario, alla serenità familiare) a maggior ragione questa valutazione diviene il fondamento stesso di un

accertamento medico-legale in tema di danno psichico da morte di un congiunto.

3.2.3 L'accertamento e la valutazione medico legale del danno da lutto

Partendo dall'iniziale sentenza 372 del 1994[21] la metodologia medico-legale per l'accertamento dei cosiddetti "danni riflessi" alle vittime secondarie si è affinata delineando quelli che seguono come le fasi attraverso cui l'accertamento deve svolgersi:

Sentenza già citata

1. il verificarsi del momento lesivo iniziale e la sua tipizzazione sotto il profilo clinico;
2. l'esistenza di una reale condizione menomativa permanente del soggetto in esame;
3. l'esistenza di un nesso di causalità medico-legalmente ammissibile e definibile fra l'evento iniziale ed il danno per cui è stata avanzata richiesta di risarcimento;
4. la valutazione del danno.

Sono questi in realtà i criteri "soliti" dell'accertamento medico-legale in ambito di Responsabilità Civile, ma che, nei riguardi del tema in discussione, che certamente si discosta dalla usuale prassi valutativa, necessitano di uno specifico commento.

3.2.3 .1 Il verificarsi del momento lesivo iniziale

Poiché discutiamo di una fattispecie giuridica del tutto particolare, laddove il soggetto in esame non è vittima "diretta" del fatto illecito, è di tutta evidenza che il "momento lesivo iniziale" si identifica esclusivamente nell'evento luttuoso che, evidentemente, è insito nel fatto stesso che genera la vertenza.
Né vi può essere dubbio sul fatto che la morte o una gravissima menomazione di un congiunto abbia di per sé l'efficacia di determinare un "turbamento dell'equilibrio psico-fisico". Ma, come ha ben precisato anche recentemente la Corte di Cassazione, è di fondamentale importanza che l'accertamento medico-legale e quello specialistico (che in questi casi deve sempre affiancare o precedere l'opera del valutatore), verifichino attentamente la natura dei rapporti che realmente intercorrevano fra la vittima ed il congiunto da esaminare, senza limitarsi ad accertare solo il grado di parentela. Come in ogni altro esame medico-legale, la verifica dell'efficienza lesiva di un fatto dannoso rappresenta un momento propedeutico a tutto il resto dell'accertamento ed è intuitivo che nel caso di richieste di risarcimenti per danno da lutto questa verifica si identifica appunto nell'accertare quale fosse il legame affettivo che legava le sue persone, unico modo per verificare l'entità della sofferenza e del perturbamento dello stato psichico.

3.2.3 .2

L'individuazione e la valutazione di un eventuale danno psichico conseguente ad un trauma emotivo-doloroso di tipo "permanente", di un danno cioè che possa essere considerato inemendabile e destinato ad accompagnare il leso per tutta la vita alla stregua di qualsiasi altra menomazione anatomica o articolare, pone sempre, per il medico-legale, notevoli, a volte insormontabili, difficoltà.
Uno dei fondamenti della Medicina Legale è quello di evitare, contrastandoli con il massimo impegno possibile, giudizi basati sull'aberrante (da un punto di vista metodologico medico-legale) concetto del "non si può escludere che", definito da due grandi maestri della disciplina medico-forense, l'Introna e il Barni, rispettivamente come "*criterio assolutamente estraneo alla Medicina-Legale*" e "*il nulla concettuale*

e soprattutto giuridico".
E nella ricerca dunque di un corretto approccio metodologico, il primo problema da affrontare nella complessa tematica di un ipotetico danno psichico permanente è quando deve essere espletato l'accertamento peritale.
Occorre dunque individuare, con i crismi del rigore tecnico, un tempo sufficientemente lungo a che l'accertamento consenta di verificare l'esistenza di reali condizioni patologiche permanenti, condizioni cioè che, da un punto di vista clinico, possano definirsi stabilizzate.
Come è stato scritto nel paragrafo precedente, il DSM-5 ha tracciato un confine tra la reazione "fisiologica" ad un evento luttuoso e quella invece patologica che integra una vera e propria "malattia", la sola che può giustificare il riconoscimento di un danno biologico autonomamente risarcibile. Lo stesso nomenclatore traccia anche, in particolare per il Disturbo Post Traumatico da Stress, una indicazione dei tempi al di sotto dei quali non è possibile parlare di fatti francamente patologici. Ma ciò evidentemente non basta per fornire un giudizio medico legale di "permanenza", essendo necessario che, una volta strutturatasi l'affezione, si abbia il tempo di verificare in che modo essa è stata trattata ed in che misura il trattamento è stato efficace, in questo ricordando che anche le forme di psico-patologie cronicizzatesi sono comunque suscettibili di trattamento e spesso di risoluzione nel tempo e non necessariamente una sua corretta diagnosi in tempi adeguati a verificare la reale esistenza del fatto morboso, sono sufficienti a dire che quello è un "esito permanente stabilizzato".
Il secondo problema riguarda l'inquadramento clinico della condizione presentata dal soggetto esaminato.
E poiché si tratta di appurare la reale esistenza di una vera e ben definita psicopatologia, comportante una compromissione obiettiva, durevole e quindi permanente della personalità dell'individuo, la quale incida sull'equilibrio e sulla efficienza del soggetto, ne consegue la assoluta necessità di procedere all'accertamento medico-legale (non solo nella pratica stragiudiziale, ma anche in corso di operazioni peritali d'Ufficio) avvalendosi della indispensabile collaborazione di uno specialista neuropsichiatra, peraltro già reso edotto delle specifiche tematiche in discussione.
Egli infatti, non solo dovrà utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione per determinare la natura della patologia, darne il più possibile una "oggettivizzazione" ed eventualmente una quantificazione clinica (cosa almeno in buona parte ottenibile mediante una corretta effettuazione dei test psicometrici), ma dovrà tener conto anche di due specifiche evenienze che, come è facilmente immaginabile, frequentemente inquinano ed inquineranno siffatti accertamenti: la più o meno consapevole "simulazione" ed i cosiddetti "disturbi fittizi".
Non si tratta, si badi bene, del "solito" eccesso di cautela di chi è chiamato a risarcire dei danni.
Nello specifico ambito di cui discutiamo, dai limiti così sfumati, la simulazione ed i disturbi fittizi rappresentano una evenienza talmente rilevante, che lo stesso già citato DSM, nato con finalità tutt'altro che medico-legali, anche nelle versioni precedenti a quest'ultima le prende in specifica considerazione, sia dandone una precisa definizione ("produzione volontaria e controllata di sintomi fisici o psichici grossolanamente esagerati, finalizzata ad ottenere uno scopo, che può essere facilmente individuato tenendo conto delle circostanze"), sia addirittura fornendo gli strumenti tecnici per orientare la diagnosi verso una forma acclarata di simulazione.
Già il DSM III/R elencava 4 circostanze specifiche, suggerendo di prendere in considerazione l'eventualità di una simulazione quando, nel caso in esame, se ne individuino almeno due:

- l'accertamento viene svolto in un contesto medico-legale;
- vi è marcata discrepanza fra il disturbo o l'invalidità lamentata dalla persona ed il reperto obiettivo;
- si rileva mancanza di cooperazione durante la valutazione diagnostica e nel corso del trattamento prescritto;
- è presente un disturbo antisociale della personalità.

L'altra evenienza da considerare, come si diceva sopra, è quella della presenza di "disturbi fittizi", che nulla hanno a che fare con la simulazione vera e propria, ma che,

ugualmente, prospettano una condizione non annoverabile nel quadro da valutare. Si tratta cioè di quei disturbi che non sono determinati da incentivi esterni (quelli cioè che ispirano la simulazione), ma che ugualmente sono non genuini né naturali, derivando da un "bisogno" del soggetto di assumere il ruolo di malato.

3.2.3 .3 Il nesso causale fra l'evento iniziale ed il danno richiesto

Quando, in Medicina-Legale, si discute di causalità fra un determinato evento ed una condizione patologica accertata a distanza di tempo, troppo spesso, purtroppo, si focalizza l'attenzione soltanto su di una parte di questa complessa tematica, ossia sul verificare la idoneità della causa nel produrre la lesione, accertata la quale si dà poi troppo spesso per scontata (a volte in maniera del tutto acritica ed a maggior ragione nei rispetti del danno permanente di natura psichica) l'esistenza anche dell'altro rapporto di causalità, quello cioè esistente tra la pur plausibile lesione iniziale e le conseguenze permanenti che ad essa vengono addebitate.
Nei rispetti della problematica in discussione, applicando per esteso e con attenzione il principio dottrinario della causalità materiale, se da un lato, come detto sopra, sono pochi i dubbi nel ritenere che l'evento luttuoso abbia tutta la idoneità necessaria per determinare un evento psicopatologico acuto, l'interpretazione sul meccanismo di causazione di una condizione psicopatologica "permanente" è in verità assai più complesso.
I dati presenti in letteratura, alcuni dei quali sono stati riportati nel paragrafo precedente, pur nella loro oscillazione a seconda dei vari studi, ci dicono comunque che il lutto sfocia in una patologia psichiatrica solo in una percentuale decisamente minoritaria nel numero complessivo delle persone che perdono un congiunto. Non a caso è stata coniata la dizione "lutto non complicato" proprio per indicare la "normale" reazione di adattamento alla morte di una persona cara, anche se caratterizzata da una vera sindrome depressiva, la quale si colloca tra le condizioni che, pur potendo richiedere attenzione e/o trattamento farmacologico, non sono considerate come veri disturbi mentali. E nell'ambito della "normalità" delle reazioni al lutto (parliamo quindi del decorso usuale del lutto non complicato) la durata di questa reazione, pur variando considerevolmente tra i diversi sottogruppi culturali, evolve quasi sempre verso la guarigione (ovviamente in senso clinico).
Nei confronti quindi della identificazione di un rapporto di causalità "diretta ed esclusiva", in linea di massima, si possono identificare solo delle situazioni "estreme", quale ad esempio il caso del decesso del figlio unico, sul quale il genitore aveva proiettato un impegno affettivo "totalizzante", condizione questa che, al limite estremo della normalità, si caratterizza per una affettività estremamente elevata e proiettata in modo monosettoriale sulla figura del figlio, senza possibilità di interessi affettivi sostitutivi.
Questa però ripeto è una situazione "limite", assai poco riproducibile nella realtà quotidiana.
Per il resto quindi si assume, in campo specialistico, che il passaggio da una situazione di evento psicopatologico acuto a quella di vero disturbo mentale "permanente" possa avvenire solo se, antecedentemente al fatto luttuoso, nel soggetto già sussisteva una condizione quanto meno predisponente.
In termini medico-legali ciò porta dunque a ritenere che la maggior parte delle volte in cui, dopo un evento luttuoso ed in tempi tecnicamente congrui (quali quelli sopra indicati), sia oggettivamente individuabile una condizione psicopatologica permanente ed invalidante, ciò si manifesta grazie al concorrere di una condizione preesistente.
E come al solito, in questo ambito, vanno distinte diverse circostanze, ciascuna delle quali con un diverso significato risarcitorio.
Prima fra tutte va considerata la possibilità che la condizione di lutto rappresenti una "causa occasionale".
E' questo ad esempio il caso in cui, in successione cronologica, alla condizione "acuta" di lutto faccia seguito un quadro conclamato di schizofrenia: ebbene, in questo caso ci troveremmo di fronte ad una patologia il cui realizzarsi viene ritenuto

essere indipendente dalle esperienze di vita. Se quindi connessione etiologica si può trovare nell'evento luttuoso, questa viene relegata al semplice ruolo di momento "rivelatore" e, di conseguenza, del tutto ininfluente sul reale meccanismo di produzione della malattia mentale (la schizofrenia) accertata, benché questa sia comparsa dopo il lutto.
Parlando invece della concausalità vera e propria, quella cioè cui può essere data (ma poi dopo vedremo in che misura) una rilevanza risarcitoria, le due ipotesi principali da prendere in considerazione sono la evenienza che il lutto abbia agito come momento "acceleratore" della accertata condizione di malattia psichica cronica e quella in cui il lutto ha agito come concausa di "aggravamento" di una affezione già manifesta in precedenza.
In entrambi i casi, pur dovendosi riconoscere l'estrema difficoltà dell'accertamento, anche da parte di professionisti davvero qualificati, sarà evidentemente necessario concentrare l'indagine soprattutto nel definire il più precisamente possibile i tratti della personalità di base del soggetto, ovvero il suo stato anteriore, per poi poter stabilire se ed in che misura il lutto abbia anticipato i tempi di comparsa della condizione patologica in esame (questo nel caso l'evento agisca come momento acceleratore) e/o abbia accentuato la gravità della precedente malattia (quando cioè si realizza la concausa di aggravamento).
Proprio per questo motivo negli ultimi anni ha avuto sempre più utilizzo nella pratica medico-legale la verifica della rilevanza dell'evento psico-traumatizzante. A tale scopo, partendo dai lavori di Holmes e Rahe risalenti al 1967[22], è stato elaborato, recentemente[23], un vero e proprio score, tale da dare un "coefficiente di taratura" ai principali tipi di eventi attraverso il quale, una volta determinato il valore del danno permanente derivante dalla psico-patologia clinicamente accertata, mediante l'applicazione di questo coefficiente, proporzionale alla rilevanza dell'evento psico-traumatizzante, si determina la quota di danno che, concretamente, va attribuito al fatto dal quale la patologia si vuole far discendere.

Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale J.Psychosom. Res., 11, 213, 1967

Buzzi F., Vanini M. Guida alla valutazione psichiatrica e medico legale del danno biologico di natura psichica. Pag. 42. Giuffrè Editore II Edizione 2014

Tipologia dei life events	Portata psicolesiva	Coefficiente di taratura
Eventi psico-traumatizzanti di estrema/massimale entità, con messa in pericolo della sopravvivenza o drastica compromissione dell'incolumità. Violenza sessuale di gruppo e nell'infanzia	**Massimale**	**1,0-0,9**
Morte di un familiare stretto. Violenza sessuale. Aggressione fisica altamente vulnerante. Importanti e reiterati maltrattamenti nell'infanzia	**Molto Elevata**	**0,8**
Morte di una persona di "riferimento". Stalking. Vessazioni e gravi umiliazioni in famiglia e sul lavoro. Carcerazione ingiusta, ingiustificate misure di polizia. Intense e reiterate vessazioni psico-fisiche, senza valide possibilità di contrasto/soccorso. Importanti trascuratezze nell'infanzia	**Elevata**	**0,7**

Lesioni accidentali con gravi conseguenze menomative o malattie a decorso cronico e/o a prognosi infausta. Perdita irrimediabile del lavoro	**Severa**	**0,6**
Lesioni accidentali o malattie di moderata entità con reliquati moderatamente invalidanti. Grave compromissione della salute di un convivente con necessità di assistenza personale. Disgregazione dell'assetto familiare. Riduzione dei cespiti economici. Perdita non irrimediabile del lavoro	**Moderata**	**0,5**
Lesioni accidentali o malattie di moderata entità con reliquati modicamente invalidanti. Cambiamento imposto e penalizzante di responsabilità o di mansione lavorativa. Importanti alterazioni dei rapporti famigliari. Perdita dell'abitazione. Debito o difficoltà economiche di rilevante entità. Cambiamenti obbligati dello status sociale.	**Lieve**	**0,4**
Lesioni accidentali di lieve entità con conseguenze altrettanto lievi. Frequenti conflittualità sul lavoro in assenza di proprie responsabilità. Problemi con la giustizia senza misure restrittive/punitive	**Lievissima**	**0,3**
Cambiamenti non voluti, penalizzanti del tipo di lavoro, degli orari, dell'abitazione ecc.. Cambiamenti obbligati delle abitudini di vita, tali da alterarle, ma senza sconvolgerle.	**Minimale**	**<0,2**

Decreto Ministeriale 26/5/2004

Questa metodologia è stata recepita anche dalla commissione che fu istituita dal Ministero della Salute per la predisposizione di una tabella medico-legale nazionale per valutazione dei danni biologici permanenti di valore superiore al 9%[24].
La commissione infatti, avvalendosi anche della collaborazione di esperti esterni ad essa, nel definire i criteri con i quali dovevano essere accertate le menomazioni di natura psichica conseguenti ad incidenti stradali, giunse alla risoluzione riportata in seguito.

In taluni casi i **disturbi psicopatologici**, non di rado favoriti da fattori endogeni, possono far parte del **quadro esitale di un evento traumatico** da valutare in responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti. Nella tabella sono riportate delle indicazioni, limitatamente alle forme che hanno rilievo come conseguenze di tali incidenti:

- i disturbi fobici ed ansiosi
- il disturbo post traumatico da stress
- il disturbo depressivo maggiore, sia quello relativo alla vittima primaria del

sinistro, sia quello relativo alle cosiddette “vittime secondarie”.

L’accertamento e la valutazione di queste condizioni menomative deve inoltre osservare rigorosamente le seguenti raccomandazioni:
1. I disturbi psico-patologici contemplati dalla tabella hanno una **precisa connotazione diagnostica**.
2. Il loro accertamento deve quindi rispondere ad un’assoluta **coerenza diagnostica**, conformemente ai criteri previsti dal DSM V.
3. Particolare attenzione e rigore si devono porre nell’**accertamento della permanenza del disturbo psicopatologico accertato**, dello stato anteriore della persona e, soprattutto, del suo nesso causale con l’evento dal quale si vuole far discendere.
4. La **verifica del nesso causale** deve, infatti, passare attraverso la rigorosa applicazione della **criteriologia medico-legale**, atteso che molti dei sintomi appartenenti alle categorie morbose sopra richiamate possono essere di natura idiopatica e potranno considerarsi di natura post-traumatica soltanto previo accurato vaglio della loro **coerenza quali-quantitativa** e della loro **proporzionalità** rispetto alla comprovata **valenza psico-traumatica dell’evento lesivo**.
A questo proposito, a titolo esemplificativo, si fa presente che:

- I disturbi fobici ed ansiosi possono conseguire ad incidenti la cui dinamica è contraddistinta da contenuti psico-traumatici oggettivamente elevati quali ad esempio: essere rimasti a lungo imprigionati nell’abitacolo di un veicolo lambito da un incendio, oppure immerso nell’acqua, o comunque privi di soccorso, con la consapevolezza di aver riportato gravi lesioni.
- Il disturbo post traumatico da stress, per rispondere alla classificazione proposta dal DSM, deve essere causato da incidenti la cui dinamica sia contraddistinta da fattori psicotraumatici di adeguata e consistente efficienza lesiva, in stretta relazione con situazioni concretamente idonee a far temere come imminente la morte o che abbiano fatto sperimentare di persona la morte di congiunti ovvero decessi di altre persone.
- Il disturbo depressivo maggiore può derivare, alla vittima primaria, da minorazioni somatiche o delle funzioni cognitive, di entità tale da compromettere notevolmente il suo livello di funzionamento sociale e lavorativo.
- In caso di vittime secondarie, le reazioni di tipo depressivo ed ansioso al lutto o a gravi menomazioni riportate da congiunti conviventi, specie se le vittime secondarie sono coinvolte nell’assistenza al danneggiato, impongono un’analisi circostanziata e anamnestico-clinica molto approfondita e particolareggiata, segnatamente per quel che concerne il profilo quali-quantitativo della comunione interpersonale che caratterizzava il rapporto tra vittima primaria e vittima/e secondaria/e. L’entità della reazione psichica non può, infatti, che essere proporzionale a questo presupposto.

Nell’accertamento dei disturbi psicopatologici correlati ad incidenti della circolazione dei veicoli a motore e dei natanti è raccomandato l’uso dei test psicodiagnostici, soprattutto per l’individuazione delle condizioni preesistenti estranee al danno da valutare.

COMUNICARE CON LA VITTIMA

CAPITOLO

4

Ania
FONDAZIONE

Premessa

La comunicazione è **un'attività sociale** che si realizza attraverso il **linguaggio**, una tra le più complesse abilità che possiedono gli esseri umani. Il linguaggio è considerato la risultante di vari sistemi di comunicazione più antichi presenti nella storia evolutiva umana, quali ad esempio le **espressioni emotive della mimica** e la **gestualità**, che continuano ad essere parte integrante dei processi comunicativi.
Il **linguaggio umano** si è evoluto insieme allo sviluppo della **cooperazione sociale** e della **vita di gruppo**. Nella sua accezione meramente espressiva e comunicativa, questo codice, verbale prima e scritto poi, ha sviluppato un'articolazione tale da consentire anche la descrizione di eventi, asserzioni, valutazioni o proposizioni (Popper, 1979).
Ma che cosa significa comunicare? Cosa significa "essere in comunicazione con gli altri"? I processi comunicativi possono essere "adattati al contesto" e "funzionali per le interazioni e per le relazioni sociali"?
Queste domande ci consentono di iniziare a presentare alcuni temi che possono apparire di facile trattazione, ma che, ad una valutazione più attenta, si caratterizzano per la difficoltà di definizione e di verifica. Questo accade perché la comunicazione è il tessuto della nostra vita: passiamo gran parte del nostro tempo a comunicare (nelle diverse forme, orale e scritto, con diversi mezzi, in presenza, al telefono, utilizzando delle *chat*) e **ci comportiamo come esperti di comunicazione**, nel senso che la nostra natura sociale e cooperativa ci porta a **sviluppare molto precocemente le nostre abilità comunicative**, già prima di apprendere il linguaggio (*e.g.*: uso del pianto nel neonato per comunicare disagio) e riteniamo di essere capaci e abili a comunicare perché ciascuno di noi è un essere comunicante, così come è un essere pensante, emotivo e sociale.
La comunicazione non deve essere considerata solo come un mezzo o uno strumento, bensì come **una dimensione psicologica costitutiva di ciascun essere umano** (Pinker, 1994).
Dal punto di vista psicologico "essere in comunicazione" significa che nella e attraverso la comunicazione le persone costruiscono, alimentano, mantengono e modificano la rete delle relazioni in cui sono inserite. La comunicazione ha, pertanto, una **natura relazionale** che è essenziale per la costruzione e la prosecuzione delle relazioni che i protagonisti intendono realizzare in modo congiunto. In generale, **l'efficacia relazionale della comunicazione** dipende dalla stretta connessione fra interazione e relazione. La comunicazione, in questo senso, è la dimensione psicologica che **produce e sostiene la definizione di sé e dell'altro**.
Di fatto, **ciò che accade tra due persone dipende principalmente dalla comunicazione e le modalità comunicative possono incidere negativamente nelle interazioni**, come anche nella strutturazione di una relazione.
Conoscere alcuni aspetti della comunicazione, attraverso gli studi condotti, prevalentemente in ambito psicologico, consentirà di riflettere su alcuni fattori che possono avere una notevole influenza nella **gestione delle interazioni e delle relazioni soprattutto con le vittime di incidenti stradali e con i loro familiari**. Occorre specificare che, quando parliamo di persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica, ci riferiamo alle vittime dirette di incidenti stradali, ma anche alle vittime indirette (familiari, congiunti, amici, ecc.). Per affrontare questo argomento si partirà da alcune considerazioni generali sulla comunicazione, trattando poi altre tematiche come la **competenza relazionale**, la **competenza comunicativa**, nonché l'importanza della **comunicazione nel contatto con la vittima** e la considerazione dei **bisogni delle vittime** come base per costruire e gestire la relazione con le vittime e con i loro familiari.

4.1 La competenza relazionale

Un primo aspetto importante nell'ambito della comunicazione su cui ci soffermeremo è la **competenza relazionale** che viene considerato un **processo** grazie al quale

le persone costruiscono gradualmente la conoscenza di sé e del mondo attraverso la **rete di relazioni** che esse intrattengono con i rispettivi contesti affettivi, organizzativi, sociali e storico-culturali nei quali si apprende ad interpretare l'esperienza, a comunicare ed a negoziare significati (Avallone, 2011).
Con "competenza" si suole indicare la caratteristica di chi dimostra di saper svolgere in modo adeguato una certa attività, un certo compito. **L'evoluzione individuale** si caratterizza per la **progressiva acquisizione e maturazione di competenze**. Quando si parla di **competenza relazionale** ci si riferisce al rapporto con i diversi contesti di vita, i contesti affettivi, organizzativi e sociali, alle relazioni con specifici ambienti fisici e tecnologici e specifiche situazioni in cui la persona opera; inoltre, alla relazione con altre persone con le quali si stabiliscono legami di diversa natura e con le quali spesso si convive. **L'interazione tra individui è alla base del processo di costruzione della competenza relazionale** che continuamente si costruisce e si ricostruisce utilizzando strategie di azione e pratiche quotidiane di comportamento. Tuttavia, **i dati che formano l'oggetto dell'esperienza di vita non hanno in sé un significato univoco**. Per esempio, nel caso del linguaggio, quale che sia l'impiego che ne facciamo, è organizzato a diversi livelli ciascuno dei quali fornisce gli elementi costitutivi al livello sovraordinato: la struttura del linguaggio è tale che ci consente di passare **dai suoni alle intenzioni** che si esprimono o vengono veicolate in atti linguistici e discorsi. Le persone prendono una posizione specifica rispetto alla molteplicità dei significati possibili del linguaggio, si impegnano cognitivamente ed emotivamente per costruire significati, per dare un senso a questa rete di possibili significati all'interno di un'interazione e di una relazione. In questo senso, l'attribuzione di significato riguarda **non la realtà in sé**, ma **la relazione che la persona ha con la realtà**.
Nel caso delle **vittime di un'esperienza traumatica**, come abbiamo visto nella sezione precedente, possono essere presenti vissuti di rabbia intensa, di confusione, di impotenza. Inoltre, possono **prevalere delle risposte emotivamente inappropriate** ed essere **attivi meccanismi di allerta** che possono rendere i soggetti particolarmente ansiosi, reattivi, aggressivi. Dato che questi meccanismi sono **aspecifici**, ossia si attivano indipendentemente dalle situazioni che le vittime sperimentano, può accadere che reazioni di allerta o di allarme, o anche reazioni aggressive, si possano estendere anche a chi sta cercando di portare loro aiuto. Questo accade perché le persone vittime di esperienze soverchianti, che hanno sperimentato forti emozioni di paura e di terrore, possono agire e mettere in atto più frequentemente dei **comportamenti che risultano in linea con le emozioni provate in quelle circostanze**.
Diviene importante, pertanto, nell'interazione con le vittime di un trauma, considerare il tipo di relazione che la persona ha con la realtà e **favorire un contatto competente, ossia capace di apprendere ad interpretare le esperienze vissute da queste persone e di comunicare e negoziare i significati che potrebbero emergere nella comunicazione**.
Per orientarci nella costruzione dell'interazione in un contesto molto complesso quale è quello con la vittima di un trauma, dobbiamo tenere presente che possediamo sistemi che consentono di bloccarci quando stiamo facendo qualcosa che provoca sofferenza ad un'altra persona. Questi sistemi si fondano sull'**empatia**, una capacità che si basa sulla condivisione di vissuti e sentimenti e che risulta di fondamentale importanza per la costruzione di relazioni interpersonali positive, come anche per la promozione di comportamenti prosociali. Essere empatici significa **mettersi "nei panni dell'altro"** e provare un'emozione uguale o simile a quella dell'altro, con la consapevolezza che, alla base di tale vissuto, vi è l'emozione provata dell'altro.
L'empatia si basa su tre diversi ed importanti aspetti (Bonino, Lo Coco, Tani, 1998):

1. **discriminare e riconoscere** correttamente le emozioni espresse dall'altro;
2. **assumere la prospettiva dell'altro** (*perspective taking*) rappresentando il suo vissuto in relazione ad un evento o condizione (*role taking*);
3. **rispondere** all'emozione altrui con un'emozione non identica, ma congrua, vale a dire saper condividere l'emozione altrui.

L'empatia è stata definita sia come **capacità di esperire le emozioni dell'altra** persona, intesa come partecipazione/condivisione emotiva dal punto di vista

affettivo (Allport, 1961; Stotland, 1969; Mehrabian, Epstein, 1972), sia come **capacità di comprendere il punto di vista dell'altro** in termini cognitivi (Barrett-Lennard, 1962, 1981; Borke, 1971; Deutsch e Madle, 1975; Kalliopuska, 1986, Katz, 1963; Rogers, 1986; Woodall e Kogler-Hill, 1982), ossia comprendere i suoi pensieri, le sue intenzioni, riconoscere le sue intenzioni in modo accurato e riuscire a vedere la situazione che sta vivendo dalla sua prospettiva (Borke, 1971). Attualmente la distinzione fra "empatia cognitiva" ed "empatia affettiva" non viene più considerata, dato che le evidenze empiriche hanno mostrato che **i processi cognitivi e affettivi si influenzano reciprocamente** (Bower, 1983; Isen, 1984), perciò i modelli più recenti, definiti modelli multifattoriali o multicomponenziali (Feshbach, 1978; Steyer, 1987; Davis, 1994; Hoffman, 2000), integrano le due componenti cognitiva e affettiva.
È grazie all'empatia che siamo pronti a prenderci cura di qualcun altro o a confortarlo, anche se è una persona che non conosciamo o se non ne riceveremo nulla in cambio; è ancora l'empatia che ci consente di sintonizzarci con il mondo di un'altra persona e di vedere le cose da un punto di vista diverso dal nostro (Chakrabarti, Baron-Cohen, 2006).
Una definizione di empatia che integra la dimensione affettiva e cognitiva di particolare interesse è quella di Hoffman (2000), secondo il quale essere in empatia non significa solo sperimentare in prima persona il vissuto dell'altro, ma **comprendere in modo vicario l'emozione che prova**. Pertanto, **il vissuto emotivo dell'interlocutore** non è necessariamente identico a quello della persona oggetto di empatia, ma **si basa su quello da essa sperimentato**. In questo modo, l'empatia indica l'insieme di processi che accompagnano la percezione dello stato emotivo della persona che si ha di fronte e che suscitano nel soggetto **una risposta affettiva più appropriata alla situazione in cui si trova l'altro piuttosto che alla propria** (Albiero, Matricardi, 2007).
Cosa si osserva a proposito della comunicazione? Il ruolo dell'empatia nella comunicazione è di particolare importanza ed è stata considerata come la risposta ad una domanda specifica che si verifica in un contesto specifico (Vreeke, Van der Mark, 2003) e che dipende da quattro tipi di fattori: i **fattori di personalità** (intesi come caratteristiche interne che restano stabili nei diversi contesti), i **fattori relazionali** (legati alle esperienze relazionali vissute, tra cui, in primis, la relazione genitore-bambino), le **caratteristiche di chi si ha di fronte** (per esempio se si tratta di una persona estranea o di una persona che si conosce bene) e le **caratteristiche del contesto** (il contesto comunicativo-relazionale interviene nella regolazione del mantenimento o del cambiamento delle risposte empatiche).
Per fare un esempio, anche la posizione degli interlocutori in un dato ambiente può essere segnale della disponibilità ad accogliere il punto di vista altrui: se usassimo un termometro di empatia, laddove il colore viola indica un basso livello di empatia ed il colore rosso un elevato livello di empatia (Figura 3), le diverse posizioni assunte dagli interlocutori informano in maniera indiretta sulla disponibilità e la sintonia relazionale.

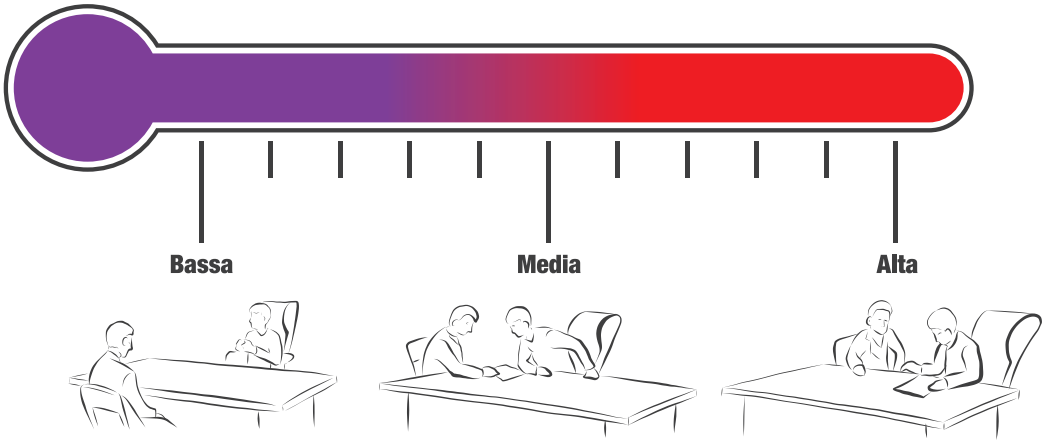

Figura 3: Il termometro dell'empatia. Due interlocutori impegnati in una conversazione e tre diverse tipologie di posizione che possono essere assunte nell'ambiente e che possono essere espressione di diversi livelli di empatia.

La comunicazione è lo strumento principale attraverso il quale siamo in grado di dare una direzione al processo di costruzione di competenza relazionale e di comprensione empatica, proprio per il fatto che realizza la possibilità di **mettere in contatto i nostri significati con quelli altrui, di individuare le aree di conflitto e di negoziare tra significati diversi o contrapposti**, alla luce delle caratteristiche dell'interlocutore e del contesto comunicativo-relazionale.
La competenza relazionale prevede che chi interagisce con la vittima di un'esperienza traumatica sia **capace di produrre ed interpretare i segni ed i simboli dell'interlocutore, con l'obiettivo di produrre una rete di relazioni e di interazioni coerenti con la propria operatività**. Nell'interazione con la vittima di un trauma, se si avvertono resistenze a parlare o un distacco emotivo, si consiglia di non essere troppo direttivi, ma di accettare pause e silenzi senza dover necessariamente ritenere corretto ed essenziale riempire le eventuali sospensioni del discorso con delle parole. In altri termini, **nell'interazione occorre adattarsi alla persona, alle sue esigenze ed ai suoi bisogni, eventualmente accettando anche che inizialmente sia reticente al contatto**. È necessario anche tener presente, per esempio, che ricordare gli eventi può essere troppo doloroso o ansiogeno per la vittima di un'esperienza traumatica, pertanto, nel ripercorrere i "sentieri" di quei ricordi, occorre procedere nel rispetto dei tempi e dei modi della persona.

4.2 La competenza comunicativa

Occorre innanzitutto premettere, come abbiamo già accennato, che la comunicazione ha una **natura relazionale** e che è essenziale per la costruzione e la prosecuzione delle relazioni. In generale, **l'efficacia relazionale della comunicazione** dipende dalla stretta connessione fra interazione e relazione, laddove **l'interazione** è una realtà tangibile che consiste in uno scambio comportamentale direttamente osservabile tra i partecipanti, circoscritto nel tempo e nello spazio, mentre **la relazione** è il risultato intangibile di una regolare e continua sequenza di interazioni che nel tempo genera una prevedibilità e consente la formazione di un modello interattivo fra i partecipanti. **La relazione**, pertanto, può essere **intesa come il prodotto cumulativo della storia delle interazioni**, in grado di generare o alimentare **credenze, aspettative o vincoli sulle specifiche interazioni in corso e su quelle future**. Interazione e relazione, pur essendo due cose distinte, sono in stretta interdipendenza reciproca, tale per cui **le singole interazioni sono in grado di rafforzare, confermare, attenuare, modificare o smentire una specifica relazione**; come anche la relazione suscita aspettative, genera credenze e previsioni, stabilisce regole capaci di influenzare l'interazione in corso in una direzione piuttosto che in un'altra.
Dal punto di vista psicologico, "**essere in comunicazione**" significa che **nella e attraverso la comunicazione le persone costruiscono, alimentano, mantengono e modificano la rete delle relazioni in cui sono inserite**.
Quando viene prodotto un atto comunicativo, sia esso verbale che scritto, il soggetto ha l'intenzione globale di comunicare qualcosa ad un destinatario in modo più o meno unitario e coerente. Rispetto a questo, si può distinguere (Grice, 1989) tra "ciò che è detto" (*what is said*) e "ciò che è significato, ciò che si intende dire" (*what is meant*). Il primo elemento costituisce **un'intenzione informativa**, ossia rendere manifesto ad un interlocutore un dato contenuto, mentre il secondo elemento, è realizzato dall'**intenzione comunicativa**, attraverso la quale si rende l'interlocutore consapevole di qualcosa che non conosceva. L'intenzione di comunicare qualcosa a qualcuno non rappresenta però un sistema dicotomico "on-off", ma è caratterizzata da una graduazione articolata, come una variabile continua che è in grado di generare diverse sfumature.
Questa gradualità nell'intenzione comunicativa consente ai partecipanti di **calibrare i diversi atti comunicativi nel corso delle interazioni** ed il parlante deve essere molto attento a **mettere bene a fuoco la sua intenzione comunicativa, al fine di non essere frainteso o malinteso**. Un singolo atto comunicativo, infatti, può essere governato da una pluralità di intenzioni, incastrate l'una nell'altra e disposte in **modo gerarchico** (gerarchia delle intenzioni); oppure, può esprimere solo una parte dei contenuti mentali, secondo un principio di ***pars pro toto*** (parzialità delle

intenzioni). La gradualità delle intenzioni comunicative rende ancora più complesso l'atto comunicativo, perché, da un lato, richiede una precisa regia cognitiva ed emotiva, dall'altro, è soggetta a sfumature e ad ambiguità, nonché ad incertezze.
Quando comunichiamo è opportuno **selezionare i contenuti** da trasmettere seguendo una linea gerarchica specifica, ossia considerare se occorre partire da informazioni più importanti e poi passare a quelle meno importanti, o viceversa; nonché procedere esprimendo il contenuto più opportuno nel momento e con l'interlocutore dato, ossia far emergere la comprensione per l'interlocutore, pur in presenza, per esempio, di sentimenti di fastidio per il fatto di non essere ascoltati/compresi dall'interlocutore stesso. È pertanto molto importante svolgere una **regia efficace nella produzione del messaggio comunicativo** che deve tener conto anche delle **opportunità** e dei **vincoli contestuali**, nonché delle **caratteristiche del destinatario**.
L'intenzione comunicativa si arricchisce della presenza di una **sintonia semantica e pragmatica**, in cui i diversi sistemi di significazione e di segnalazione sono coordinati in modo convergente e coerente. Questo implica un processo di **calibrazione cognitiva ed affettiva del messaggio**: si tratta di un'attività complessa che si basa sulla considerazione ed il controllo di numerosi sistemi di segnalazione (linguistici e non linguistici) e che deve tener conto anche di aspetti connessi al contesto ed alle caratteristiche dell'interlocutore. Come sappiamo bene, pensando ad un candidato all'interno di una selezione, come anche un politico o un leader, una parola sbagliata, il tono della voce tremante, un gesto fuori posto, possono compromettere l'efficacia del messaggio comunicativo.
Questo processo di calibrazione comunicativa è di **difficile gestione** perché siamo in grado di conoscere il livello di forza e di efficacia di uno scambio comunicativo solo a posteriori, mai a priori. Nell'ambito della comunicazione, al momento, non esiste un algoritmo e nemmeno un modello predittivo capace di definire in anticipo le necessarie coordinate da tenere presenti o le condizioni comunicative necessarie da seguire, i vincoli da rispettare. Per scegliere una strategia di comunicazione efficace, tuttavia, possono essere particolarmente utili **le esperienze e gli apprendimenti** che possono favorire l'acquisizione di una competenza più robusta e valida nel comunicare, ossia la competenza comunicativa.
La strategia comunicativa non è il risultato della combinazione meccanica di azioni elementari, ma si presenta come **una configurazione dinamica e gerarchica dei numerosi livelli comunicativi in gioco che sono anche interdipendenti**. Pertanto, una strategia comunicativa può seguire diversi percorsi strategici, come è anche vero che una data strategia comunicativa non esprime in modo univoco un'unica intenzione. In questo processo, assume una particolare rilevanza la possibilità che sia attivo e presente, innanzitutto, un processo di **riconoscimento dell'interlocutore**. Come sottolinea **la teoria dell'interazionismo simbolico** di Mead (1934), secondo la quale la comprensione nella comunicazione interpersonale si basa su una forma specifica di conoscenza che l'autore definisce "l'analogia con il sé", la comprensione dell'intenzione della comunicazione è possibile in funzione del fatto che **gli interlocutori possono ritrovarsi in un ambiente cognitivo reciprocamente conosciuto**; questo favorisce un grado attendibile di coordinazione fra gli individui nel parlare tra loro.
Comunicare significa comprendere l'intenzione del parlante, assumere che il suo messaggio abbia un significato ed impegnarsi per scoprire questo significato. Nel considerare i *feedback* che provengono dal nostro interlocutore mentre stiamo comunicando un messaggio, consentirà di valutare meglio la direzione del messaggio comunicativo stesso (Figura 4). **Tanto più gli interlocutori possono costruire uno spazio cognitivo condiviso in cui si possono riconoscere e si sentono riconosciuti, più la comunicazione sarà facilitata.**

Figura 4: Importanza del feedback nella comunicazione ed attivazione del processo di riconoscimento dell'interlocutore.

La comunicazione, in questo senso, è la dimensione psicologica che **produce e sostiene la definizione di sé e dell'altro**. È pertanto di grande importanza, ancor più in un ambito in cui si comunica con una vittima di un evento potenzialmente traumatico, o con un familiare, verificare attentamente il livello comunicativo e metacomunicativo del messaggio che rivolgiamo loro, come anche la definizione che viene data all'interlocutore all'interno dell'/delle interazione/i.

4.3 Alcune caratteristiche della comunicazione

Attraverso lo studio e la valutazione degli scambi comunicativi si possono verificare il **livello della comunicazione**, ossia i contenuti comunicativi che si scambiano, ed il **livello della metacomunicazione**, ossia la comunicazione che ha come oggetto la comunicazione stessa e che fornisce un orizzonte di riferimento a ciò che viene detto.
A questo si deve aggiungere che, oltre alla comunicazione attraverso il linguaggio, ossia la **comunicazione verbale** (CV), è presente anche la **comunicazione non verbale** (CNV) che comprende un insieme articolato di fenomeni e di processi comunicativi che contengono le qualità paralinguistiche della voce, della mimica facciale, dei gesti e dello sguardo, della prossemica e dell'aptica, e della postura. La CNV partecipa in modo attivo e autonomo, insieme con il sistema linguistico, a produrre il significato di qualsiasi messaggio. Ogni messaggio prodotto, di fatto, è **interpretato dal destinatario sulla base di una molteplicità di sistemi** e, poiché la comunicazione è un flusso continuo in cui tutti questi livelli si alternano e sono co-presenti in modo reciproco, si possono creare molto spesso dei **conflitti interpersonali** o delle **incomprensioni** che agiscono anche nelle interazioni con le vittime e nella costruzione della relazione.
Occorre anche sottolineare che, in ciascun evento comunicativo, intervengono sei diversi elementi: **l'emittente** (chi dà il messaggio), **il ricevente o il destinatario** (chi lo riceve), **il codice** (il procedimento di costruzione del linguaggio, p.e. una lingua, un alfabeto), **il canale** (il mezzo utilizzato per la trasmissione, p.e. voce, scrittura), **il contesto** (insieme di conoscenze che emittente e ricevente hanno in comune) **ed il contatto** (che si realizza tra emittente e ricevente). Ciascuno di questi elementi può influenzare la comunicazione ed il suo andamento.
Fra i primi autori che in ambito psicologico si sono occupati di comunicazione, Bateson (1972) ha sottolineato che le persone non solo "si mettono in comunicazione", né solo "prendono parte alla comunicazione", ma "***sono in comunicazione***" e attraverso la comunicazione mettono in gioco se stessi e la propria identità. Negli scambi comunicativi, secondo l'Autore, possiamo evidenziare due livelli distinti ed interdipendenti: il **livello di "notizia"**, ossia le cose che l'interlocutore dice ed i contenuti che manifesta, e il **livello di "comando"**, ossia l'indicazione all'interlocutore di come intendere le cose che esso dice e il loro valore comunicativo. Il comunicatore, infatti, esercita sempre un certo grado di controllo su ciò che dice ed indirizza il suo

messaggio secondo una certa direzione comunicativa, in linea con la sua intenzione comunicativa. Facciamo un esempio, la persona A, a seguito di un'azione maldestra di B, può fare il seguente commento (Anolli, 2012).

(1) A: La prossima volta fai un po' più di attenzione (livello di "notizia").
Ma, sulla base di come pronuncia questo enunciato (tono ed intensità della voce, sguardo e mimica del volto, gesti delle mani, posizione del corpo, ecc.), A può comunicare significati e contenuti comunicativi molto diversi tra loro (livello di "comando"), ad esempio:

(2) a) Guarda che è un rimprovero molto serio.
b) E' un commento che non potevo non fare data la presenza di altre persone.
c) E' una battuta bonaria.

In questo senso, la comunicazione non è un processo semplice, ma si articola su più livelli: **il livello di comunicazione** ed il **livello della metacomunicazione**. Quando si passa al livello della metacomunicazione (la comunicazione che ha come oggetto la comunicazione stessa), l'oggetto della comunicazione diventa la ***cornice*** in base alla quale intendere ed interpretare il messaggio stesso. Pertanto la metacomunicazione inquadra la comunicazione ed il suo significato. In questo processo, **l'attenzione si sposta dalle informazioni e dai contenuti della comunicazione, alla relazione interpersonale che si crea tra gli interlocutori nel momento in cui comunicano tra loro**. Per esempio.

(1) Individuo A: "Se non chiudi piano lo sportello finirai per romperlo".
(2) Individuo B: "Tutte le volte che mi dici qualcosa continui a farmi dei rimproveri".

In questo scambio i protagonisti si collocano a due diversi livelli e nella risposta (2), al di là del significato delle parole dette, cioè della comunicazione semplice, l'attenzione dell'individuo B viene spostata sul "tono seccato" dell'individuo A e viene fornita **una risposta orientata sul livello della metacomunicazione**. Questo passaggio, di fatto, finisce per **spostare l'attenzione dell'individuo B sulla relazione**. Questo esempio, con la distinzione tra i livelli comunicativi e metacomunicativi degli scambi verbali, pone l'accento sulla **componente psicologica della comunicazione** che diventa un elemento che crea, mantiene, modifica e rinnova i legami (di qualunque tipo) fra i soggetti.
Con la **funzione pragmatica della comunicazione** (Watzlawich et al., 1967), vale a dire la capacità di provocare degli eventi nei contesti di relazione attraverso l'esperienza comunicativa, intesa sia nella sua forma verbale che in quella non-verbale, Bateson presenta alcune ulteriori funzioni della comunicazione ed i suoi effetti tra gli interlocutori. La funzione *pragmatica* sta a indicare che **la comunicazione influenza il comportamento**. Facendo riferimento al concetto di retroazione, si afferma che, all'interno di un qualsiasi sistema interpersonale, **ogni persona influenza le altre con il proprio comportamento ed è parimenti influenzata dal comportamento altrui**. La stabilità e il cambiamento relative al **sistema** di interazione sono determinati da questi circuiti di retroazione, per cui si avrà una **retroazione positiva** se l'informazione in ingresso può venire amplificata e provocare un cambiamento nel sistema, oppure, si può avere una **retroazione negativa** se l'informazione viene neutralizzata e si mantiene la stabilità del sistema di interazione.
Un altro aspetto molto importante che riguarda la comunicazione è relativo al fatto che è **impossibile non-comunicare**: se si accetta che il comportamento in una situazione di interazione ha valore di messaggio, ossia è comunicazione, è impossibile non comunicare, in quanto il comportamento non ha il suo opposto. Non è cioè possibile non avere un comportamento! **L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti un valore di messaggio ed influenzano le altre persone**; a loro volta gli altri, per il concetto di retroazione, non possono non rispondere a queste comunicazioni e comunicano anche loro. Il semplice fatto che non si parli o che non ci si presti attenzione reciproca non costituisce eccezione, costituisce anche questa una forma di comunicazione, come lo è un'interazione animata. E neppure possiamo dire che la comunicazione ha luogo solo quando è intenzionale, conscia

ed efficace. Dunque, **l'impossibilità di non-comunicare rende comunicative tutte le situazioni che coinvolgono due o più persone**.
Una corretta valutazione della comunicazione interpersonale deve tenere in considerazione non soltanto le reazioni di una persona A al comportamento comunicativo di B, ma considerare anche come queste reazioni influenzeranno il comportamento successivo di B e l'effetto che tale comportamento di B ha su A; e così via, in una lunga serie di reciproche influenze.

4.4 La comunicazione efficace

Come abbiamo sottolineato, la comunicazione è qualcosa di più di un semplice scambio di informazioni e si caratterizza per il fatto che gli interlocutori, oltre al messaggio comunicativo, devono codificare anche altre informazioni, come le intenzioni comunicative e le emozioni. La **comunicazione efficace** è un **processo di condivisione delle informazioni organizzato su due vie**, in quanto prevede la **verifica del contenuto del messaggio che un interlocutore produce e la verifica della comprensione di ciò che l'interlocutore ha inteso dire**.
I modelli di comunicazione efficace sono stati inizialmente proposti e applicati nel mondo aziendale, in quanto capaci di produrre soluzioni atte a realizzare un'adeguata condivisione delle informazioni tra i dipendenti della società, contribuendo al successo commerciale. Successivamente, questi modelli sono stati estesi anche **nei contesti socio-sanitari**, con l'obiettivo di favorire, ad esempio, il rapporto medico-paziente (Stewart, 1995). I fallimenti nel processo di comunicazione in ambito sanitario hanno implicazioni significative per i pazienti, soprattutto in relazione all'esperienza di rapporto con il curante, e ricadute sulla soddisfazione personale, sull'aderenza al trattamento, sull'utilizzo delle risorse sanitarie e sulle pratiche di salute (Parker *et al.*, 2001; Engel *et al*., 2009).
Si può ricorrere ad alcuni accorgimenti utili e necessari per procedere nel contatto con le vittime di esperienze traumatiche utilizzando modalità comunicative che prendano in considerazione i bisogni e le aspettative delle vittime stesse, ricorrendo alle indicazioni proprie dei modelli comunicativi efficaci.
La comunicazione efficace viene valutata come se fosse una strada a doppio senso. Per realizzare una comunicazione efficace **l'interlocutore non deve porre l'attenzione solo alla modalità con cui viene trasmesso il messaggio, ma anche al modo in cui il messaggio viene recepito**, cercando di comprendere se è stato compreso il significato di ciò che è stato detto e, soprattutto, creare un'area di attenzione per l'altro in cui la persona si senta ascoltata e capita (Figura 5).

Figura 5: Schema descrittivo di un ciclo di comunicazione efficace.

Dato che la comunicazione è l'insieme dei processi attraverso i quali condividiamo e trasferiamo informazioni, si può definire efficace se l'emittente tiene in considerazione alcuni elementi del processo comunicativo con lo scopo di trasferire nel modo più

chiaro possibile i contenuti del messaggio al destinatario. Le caratteristiche della comunicazione efficace possono essere riassunte in 7 punti principali, chiamate convenzionalmente le **7 C della comunicazione efficace**:

1. **Chiarezza**: il messaggio deve essere chiaro, ossia deve avere un contenuto facilmente intellegibile per il destinatario che può favorire la comprensione e l'assimilazione del contenuto del messaggio, utilizzando un linguaggio appropriato che riduca al minimo la possibilità di confusione e l'ambiguità del contenuto.
2. **Concretezza**: la comunicazione deve essere concreta, ossia basarsi su dati e fatti che fungono da supporto per i contenuti del messaggio.
3. **Completezza**: la comunicazione deve essere completa, ossia deve contenere tutte le informazioni necessarie al destinatario per comprendere il contenuto del messaggio.
4. **Concisione**: la comunicazione non deve essere ridondante, ma coincisa e capace di contenere tutte le informazioni essenziali e pertinenti alla comprensione del messaggio.
5. **Correttezza**: la comunicazione deve essere corretta, ossia deve utilizzare un linguaggio privo di errori sintattici e grammaticali. Proporre un messaggio corretto incide sulla chiarezza del messaggio e ne amplifica l'impatto, influendo positivamente anche sull'impressione dell'interlocutore in quanto l'emittente acquista credibilità.
6. **Coerenza**: il messaggio deve prendere in considerazione il punto di vista ed i bisogni del ricevente, le sue necessità ed il suo stato d'animo. Modulando la comunicazione e adattandola alle caratteristiche dell'interlocutore il messaggio sarà più facilmente assimilabile e comprensibile, in quanto coerente con lo stato del ricevente.
7. **Cortesia**: comunicare in modo cortese, senza utilizzare un linguaggio che possa produrre effetti negativi sull'interlocutore, migliora l'interazione comunicativa e predispone ad un dialogo costruttivo. Per comunicare con cortesia occorre anche tener presenti e rispettare i valori della cultura di appartenenza dell'interlocutore.

La comunicazione efficace sottolinea come spesso **le persone si concentrano maggiormente su ciò che dovrebbero dire, ma meno sull'ascolto** dell'interlocutore, precisando che ascoltare non significa solamente comprendere le parole o le informazioni che vengono comunicate, ma anche le emozioni che il nostro interlocutore sta cercando di comunicare.
Più che le sole parole, la comunicazione efficace combina **un insieme di competenze**, tra cui la comunicazione non verbale, l'ascolto impegnato, la capacità di riconoscere e comprendere le proprie emozioni e quelle dell'interlocutore. Nell'**ascolto impegnato** non si è solo impegnati ad ascoltare il nostro interlocutore, ma occorre prestare attenzione all'intonazione della voce, con l'obiettivo di cogliere **lo stato emotivo** ed **i sentimenti che la persona sta sperimentando**. In questo modo, oltre a comprendere meglio ciò che la persona sta comunicando, costruiamo **un'interazione comunicativa** in cui l'interlocutore si sente **ascoltato e compreso in modo più profondo**.
I modelli di comunicazione efficace propongono di porre attenzione ad alcuni aspetti che **incidono nella comunicazione** e che possono ostacolare la trasmissione dei messaggi comunicativi:

1. **La mancata considerazione dello stato emotivo dell'interlocutore**: è necessario partire da un'**attenta valutazione dello stato emotivo quando si comunica**, in quanto, quando si è sotto pressione emotiva (o si è particolarmente stanchi), è molto più probabile fornire dei messaggi che contengono segnali verbali e non verbali confusi o non adeguati e che possono produrre nel destinatario incomprensioni o malintesi.
2. **La presenza di un'incoerenza nel linguaggio del corpo**: occorre prendere in considerazione **la comunicazione non verbale che nella comunicazione dovrebbe rafforzare ciò che viene detto con le parole e non essere in contraddizione con esse**. Se l'interlocutore afferma una cosa a parole, ma il linguaggio del corpo dice qualcosa di diverso (e.g.: dire sì scuotendo la testa

da destra a sinistra), chi ascolta coglierà questa incoerenza e sarà portato a distrarsi dalla comunicazione stessa ed a sospettare che la persona che ha di fronte sia poco chiara e incoerente.

3. **La mancanza di messa a fuoco**: è importante comunicare con una persona **concentrando tutta la nostra attenzione su quell'attività momento per momento**. Non si può comunicare in modo efficace quando si è coinvolti in numerose attività o si stanno svolgendo più compiti contemporaneamente. Nel momento in cui siamo coinvolti in una conversazione, è molto importante non porre l'attenzione su altro, evitare di rispondere al telefono o controllare le mail o i messaggi di testo ricevuti sul proprio telefono, o pensare a qualcos'altro, perché queste attività fanno perdere i segnali non verbali della comunicazione e, soprattutto, fanno sperimentare all'interlocutore un vissuto di **mancata considerazione e scarsa importanza** di ciò che si sta comunicando.
4. **La gestione del linguaggio del corpo "negativo"**: se state ascoltando una persona e non siete d'accordo con ciò che sta dicendo, è importante rispondere evitando di **mostrare tale contrarietà con il linguaggio non verbale** (e.g., incrociare le braccia, battere i piedi, evitare il contatto visivo, ecc.). In una conversazione si potrebbe non essere d'accordo con il nostro interlocutore, ma bisogna evitare di inviare all'interlocutore dei segnali negativi e di esprimere l'eventuale disaccordo utilizzando delle modalità comunicative non verbali, ma occorre porre attenzione al modo più corretto per comunicare il nostro punto di vista senza che la persona si senta squalificata.
5. **L'esclusione del parere e del giudizio personale ed individuale**: al fine di comunicare in modo efficace con qualcuno, non è necessario esprimere in modo diretto e immediato il nostro parere o il nostro giudizio personale su ciò che ci sta comunicando a proposito delle idee personali, dei valori o delle opinioni. Negli scambi interattivi, **occorre mettere da parte la critica per il punto di vista espresso dal nostro interlocutore**, al fine di comprenderlo appieno, senza assumere una posizione di valutazione e di critica del suo punto di vista. Questo accorgimento, consente di instaurare una comunicazione **rispettosa del punto di vista altrui**, in cui la persona sente di essere accolta e compresa.

La comunicazione efficace consente di creare **sintonia, fiducia ed affinità reciproca fra gli interlocutori, migliora le interazioni interpersonali e pone le basi per la costruzione di relazioni basate sulla fiducia e sul rispetto**.
Si possono adottare delle tecniche per realizzare una comunicazione efficace che possono essere distinte tra tecniche di ascolto verbali e non verbali. Tra le **tecniche di ascolto verbali** troviamo: a) parafrasare; b) stimolare chiarimenti; c) esplicitare il messaggio udito; d) interpretare gli stati d'animo dell'interlocutore. Mentre tra le **tecniche di ascolto non verbali**: a) assentire; b) guardare con attenzione; c) esprimere empaticamente i sentimenti e le emozioni provate; d) mantenere sempre il contatto visivo con l'interlocutore.
Le strategie e le tecniche appena descritte consentono di poter utilizzare la comunicazione in modo costruttivo e proficuo all'interno delle interazioni con i nostri interlocutori. Gli obiettivi della comunicazione efficace utilizzata nell'ambito delle vittime sono riassumibili in alcuni punti:

- identificazione dei bisogni delle vittime;
- spiegazione ed illustrazione delle tappe che riguarderanno la vittima subito dopo l'incidente stradale, anche attraverso depliant e brochure;
- sostegno alle vittime per comprendere i loro diritti legali e costituzionali;
- fornire protezione e sicurezza alle vittime;
- fornire informazioni ed ottenere informazioni utili per orientare ed agevolare la vittima;
- essere sensibili alle particolari esigenze o specifiche preoccupazioni proprie delle vittime.

4.5 Il contatto con la vittima

Il primo contatto è di estrema importanza per stabilire **una relazione appropriata con la vittima**. La tipologia di contatto può variare da individuo a individuo. E' importante capire subito quale sia lo "spazio di interazione" desiderato. Va evitato il contatto cercato "a tutti i costi".
Bisogna utilizzare **modi di approccio empatici e rispettosi**, in modo da stabilire una relazione che può incrementare la ricettività della persona a chiedere un ulteriore aiuto. E' necessario ricercare **un punto di equilibrio tra la distanza professionale e la partecipazione umana**; appare, infatti, decisiva nella misura in cui si sta addentrando nell'intimità degli affetti e dei valori personali che ci sono assolutamente sconosciuti. Ciò avviene in un momento di **profondo malessere** che richiede **equilibrio** e **disponibilità al dialogo**. Un approccio troppo tecnicistico, per esempio, può rendere il rapporto distaccato e spingere ad una diffidenza reciproca, mentre un eccessivo coinvolgimento emotivo può essere in contrasto con il bisogno di aiuto professionale che si attendono le vittime dirette e/o indirette.
Stabilire un contatto adeguato con la vittima, utilizzando modalità comunicative efficaci consente, a chi si occupa di fornire servizi alle vittime di eventi traumatici, di valutare in modo appropriato la situazione e di rispondere in modo efficace alle loro esigenze. Gli operatori che forniscono servizi alle vittime e che possiedono delle buone capacità di comunicazione, si caratterizzano per il fatto di aiutare le vittime ad andare avanti, anche dando indicazioni utili ed informazioni necessarie dal punto di vista pratico ed operativo.
Nel caso di vittime di incidenti stradali, **offrire protezione e conforto** consiste sostanzialmente nell'aiutare le persone coinvolte a **soddisfare i propri bisogni immediati**, vale a dire ad ottenere nel più breve tempo possibile adeguata assistenza medica e nel ricevere informazioni semplici e accurate sull'evolversi delle attività di soccorso e su come accedere alle risorse disponibili. L'operatore che interviene nel primo soccorso, pertanto, deve essere accuratamente informato sullo scenario, entrare in relazione con le persone con una disposizione empatica e un senso di padronanza che deriva dalla preparazione e dal ruolo. L'atteggiamento empatico corretto è quello che offre sostegno ed aiuto senza immedesimarsi: **riconoscere la sofferenza dell'altro senza farla propria**. E' necessario evitare che i feriti siano esposti ad un flusso di informazioni inaccurate o troppo preoccupanti; così come è importante proteggere la *privacy* delle persone coinvolte dal diffondersi delle notizie attraverso i media.
Infondere un senso di sicurezza e di conforto riduce l'impatto del trauma e diminuisce la portata delle paure e delle fantasie disturbanti.
Qui di seguito vengono riportate delle indicazioni relative ai comportamenti da adottare per gli operatori coinvolti soprattutto nel primo soccorso, ma che sono utili anche per gli operatori del mondo assicurativo, in quanto descrittive dei bisogni presenti nelle vittime nell'immediatezza dell'evento.

Garantire l'immediata protezione fisica ed emotiva: "proteggere"

Per offrire le migliori condizioni di protezione fisica ed emotiva è importante:

- Accertarsi delle esigenze dei feriti, in particolare se anziani o disabili. Assicurarsi che non abbiano particolari esigenze, come: procurarsi medicinali "salvavita", recuperare oggetti necessari come sedie a rotelle, apparecchi acustici, ecc.
- Porre attenzione alla presenza tra i feriti di persone che possano rappresentare un pericolo per sé o per gli altri. Valutare alcuni indizi come: manifestazioni di rabbia intensa nei confronti di altri conducenti dei mezzi coinvolti, o il profondo sconforto di chi si percepisce come responsabile dell'accaduto, o di non aver sufficientemente protetto i propri familiari o amici; in quest'ultimo caso

considerare i rischi di comportamenti autolesionistici. Porre attenzione anche a manifestazioni di grave shock, con manifestazione come: intenso pallore, respirazione irregolare, sguardo assente, mancanza di controllo sfinterico. In questo caso è necessario richiedere con urgenza l'intervento di un medico o di un operatore sanitario.

- Porre particolare attenzione nel garantire la riservatezza delle persone coinvolte, in particolare nel caso vi siano individui deceduti. Proteggere la *privacy* dei feriti da giornalisti, curiosi e passanti (assicurarsi ad esempio che il corpo della persona deceduta venga ricoperto per intero dal telo durante i rilievi).
- Se sono presenti amici o conoscenti di persone decedute, chiedergli di evitare di diffondere la notizia attraverso i *social network* (WhatsApp, Facebook, ecc.). Spiegate che per il bene dei familiari è meglio che la comunicazione del decesso venga fatta direttamente dal personale del Pronto Soccorso.
- Se sul posto sono presenti familiari delle vittime, prestare massima assistenza: avere cura di esprimere un gesto di conforto, spiegare che devono avere fiducia e che i rilievi che si stanno svolgendo sono in primo luogo nel loro interesse, perché in un secondo momento vorranno sapere la verità e sarà importante poter ricostruire nel modo accurato cosa sia successo. Ove possibile, richiedere un'unità di soccorso per aiutare i familiari a raggiungere gli ospedali.

Fornire informazioni sulle attività di soccorso: "informare

Per confortare le persone coinvolte in un incidente stradale nell'immediato può essere utile fornire una serie di **indicazioni sull'evento e su come affrontarlo**. In particolare è importante:

- Rassicurare sul fatto che le operazioni di soccorso sono state avviate e stanno procedendo, e che quindi tutti gli ausili possibili sono stati messi a loro disposizione.
- Nel caso lamentino reazioni incongrue o strane,rassicurare che le reazioni in questi casi possono sembrare strane ed anomale, ma non lo sono. ("*E' normale che avverta questi sintomi, non si preoccupi ci sta raggiungendo il personale sanitario…*")
- Come prendersi cura di sé e della propria famiglia.
- Dare indicazioni su cos'è importante fare nell'immediato, quali procedure devo assolvere.

Occorre valutare, in base al proprio giudizio, **quali informazioni fornire e quando**. Solitamente è importante che tali informazioni vengano date in base ai bisogni immediati delle persone coinvolte; la finalità è quella di tranquillizzare rispondendo ad interrogativi urgenti. Per tale ragione, è importante **accertarsi che il nostro interlocutore capisca bene cosa gli stiamo dicendo** (parlare piano e con parole semplici, evitare linguaggi tecnici; la non chiara comprensione potrebbe aggiungere ulteriori timore e preoccupazioni). Inoltre può essere utile da parte dell'operatore, se non gli vengono direttamente poste delle domande, **chiedere se vi sono dubbi o necessità urgenti**. Ricordare di chiedere anche alla persona ferita se ha **necessità particolari da comunicare al personale sanitario**.
Nel parlare con i familiari cercare di rivolgersi a colui che sembra fungere da punto di riferimento e che mostra caratteristiche di maggiore "solidità" emotiva rispetto agli altri.
Considerare, tuttavia, che anche le persone che apparentemente affrontano le cose con calma e raziocinio si trovano in una condizione psicologica in cui è difficile prendere decisioni ed ogni azione può apparire estremamente gravosa. Ricordare l'importanza di connettere: chiedere se è possibile contattare qualcuno che sia loro di supporto.
Se non si hanno le conoscenze necessarie per rispondere a una richiesta di informazioni, **non si inventi, né si cerchi necessariamente di dare risposte tranquillizzanti**. E' importante non eccedere nelle rassicurazioni fino a quando non si hanno **conoscenze certe**. Nella diffusione di informazioni, è necessario attenersi

a criteri di onestà, chiarezza e certezza, pena la perdita di credibilità.

4.6 Costruire e gestire la relazione con la vittima di un trauma

Un trauma può essere visto come un elemento che indebolisce radicalmente la capacità di **integrazione** del singolo individuo, di una diade, di una famiglia o di una comunità. L'integrazione è una capacità che ci consente di **fare collegamenti fra gli elementi esperienziali differenziati in un insieme funzionale**. L'integrazione delle esperienze di cui siamo protagonisti è alla base del **benessere umano**: un sistema integrato è in grado di essere flessibile, adattivo, coerente, energico e stabile. Attraverso l'integrazione di molti domini della nostra esperienza, all'interno di una forma ricettiva di consapevolezza, noi sviluppiamo le nostre vite in un flusso connesso ed armonioso. **Il trauma può indebolire radicalmente la capacità umana di integrazione dell'esperienza** e senza l'integrazione, la nostra mente si muove verso il caos o la rigidità. **Gli stati post-traumatici sono caratterizzati da esperienze di rigidità e di caos che continuano l'opera compiuta dall'evento traumatico.**

Il trauma agisce anche compromettendo la capacità di risposta agli stimoli, definita **flessibilità**. La nostra flessibilità, ossia la **capacità tipicamente umana di compiere delle scelte in relazione all'ambiente** (fisico, emotivo, relazionale, ecc.), è ciò che ci rende unici come specie: questa flessibilità è il risultato di un processo di evoluzione della neocorteccia cerebrale umana, capace di integrare molte differenti parti di informazioni, di attribuire un significato sia alle informazioni in entrata sia alle urgenze fisiche che queste evocano e di applicare il pensiero logico facendo un calcolo degli effetti a lunga durata di una particolare azione. La flessibilità ci consente di scoprire nel tempo nuovi modi per affrontare le differenti esperienze per modificare anche la nostra risposta sulla base delle lezioni che "abbiamo imparato" in precedenza in situazioni simili. Un trauma può generare delle **ferite** che possono modificare **l'equilibrio mentale dell'individuo**, con cambiamenti massicci del funzionamento psichico e cerebrale. I pazienti traumatizzati sono meno adattivi alle richieste dell'ambiente anche a causa delle alterazioni a carico di alcune aree coinvolte nel "funzionamento esecutivo" - ossia le aree cerebrali che pianificano il futuro, anticipano le conseguenze delle azioni di una persona ed inibiscono le risposte inappropriate - che diventano meno attive e che esercitano un minore controllo sul comportamento, causando una "regressione comportamentale". Senza il corretto funzionamento del cervello "razionale", **gli individui traumatizzati sono inclini a regredire a rigidi "pattern di azioni fisse" con risposte comportamentali di fuga, di lotta o di congelamento** che consentono normalmente di affrontare una minaccia, ma che nelle persone esposte ad un trauma vengono attivati da fattori minimi, i quali attivano, inaspettatamente, una risposta fisica e psichica al terrore, all'abbandono e all'impotenza. Le persone traumatizzate si presentano tipicamente con **uno stato di attivazione disregolato, difese psichiche incontrollate, funzionamento compromesso e perdita percepita o reale di sicurezza psicologica e/o fisica**. Il passato ed il presente sono vissuti in modo confuso e questa **confusione** si esprime a livello cognitivo, somatico ed emotivo. In queste condizioni, la vita quotidiana è invalidata, mentre **l'attenzione è concentrata prevalentemente su stimoli minacciosi o sulla disregolazione interna**.

Questa breve descrizione delle possibili esperienze connesse ad un'esperienza traumatica, unitamente a quanto già descritto in precedenza, ci consentono di mettere in luce come avere un contatto con individui traumatizzati comporta il dover **affrontare diversi grandi ostacoli**. Il primo grande elemento da considerare, nel momento in cui parliamo di relazione con una vittima, è che i soggetti traumatizzati presentano una **paura dell'intimità**, tale per cui i vissuti di vicinanza e di sintonia interpersonale possono attivare ricordi impliciti di sofferenza, tradimento e abbandono. Occorre quindi tenere in grande considerazione il fatto che le persone che hanno vissuto esperienze traumatiche possano avere notevoli **difficoltà nello stabilire un vissuto di fiducia nelle interazioni con gli altri**, anche quando si tratta di soccorritori, di sanitari e di personale che sta fornendo loro assistenza. Il secondo

elemento da tenere in considerazione è che ciascun individuo percepisce un dato stimolo della realtà in modo diverso, e questa **diversità** di interpretazione dipende in larga parte dalle **esperienze che abbiamo fatto in precedenza**. In funzione dello stimolo ricevuto, e della sua interpretazione, può essere messa in atto **una risposta comportamentale** che dipende anche dalle emozioni che si attivano in presenza di specifici stimoli. Nei soggetti esposti al trauma **il solo ricordo di alcuni episodi connessi all'esperienza traumatica** (definiti *trigger*) **riattivano i vissuti di impotenza, paura, sopraffazione, mancanza di controllo** e qualunque azione viene compiuta fallisce nel ripristinare in loro il senso di sicurezza. La profonda disgregazione dell'esperienza soggettiva che può attivarsi a seguito di un trauma e l'attivazione neurofisiologica automatica conseguente, con l'adozione di *pattern* di risposta fissi e rigidi, rende molto difficile confrontarsi con tutto ciò che ha a che fare con il vissuto traumatico. Diviene pertanto molto importante tenere in considerazione che la presenza di qualunque ricordo connesso al trauma riattiva nei soggetti traumatizzati vissuti molto disturbanti che riattualizzano l'esperienza avversa vissuta.

In quest'ottica "**parlare del trauma**" e delle "**esperienze/circostanze connesse al trauma**" comporta muoversi in un territorio molto peculiare che richiede di **utilizzare specifiche "*cautele*" e particolari "*prudenze*"**, indispensabili per affrontare l'interazione con vittime di tali esperienze potenzialmente soverchianti, come anche dei loro familiari. Fare riferimento a contenuti che possono riguardare il trauma, vale a dire oggetti, persone, luoghi, circostanze, situazioni, come anche suoni e odori, tutti elementi che richiamano con forza alla mente l'esperienza dell'incidente stradale o della perdita della persona cara, riattiva i vissuti presenti al momento in cui le persone hanno vissuto il trauma; vissuti che fanno ri-piombare la persona in quella situazione di pericolo, di perdita, di vulnerabilità. Come scrive Paul Fussel (1975), in uno studio condotto su reduci della Prima guerra mondiale in cui descrive il contatto con i traumatizzati gravi: "*Uno dei fondamenti della guerra è la collisione tra gli eventi ed il linguaggio appropriato - o ritenuto tale - per descriverli. Non si tratta propriamente di un problema di 'linguaggio', quanto più di gentilezza e di ottimismo*". Trovare "**luoghi sicuri**" che consentano alle persone traumatizzate di sentire che si ha **rispetto per il loro dolore e la loro sofferenza**, una "**comunità sensibile**" capace di **accogliere il loro disagio e riconoscere la loro afflizione**, rende la comunicazione possibile.

L'*indicibile* può essere comunicato, diviene descrivibile, purché nel **rispetto dei bisogni della persona che ha vissuto una situazione limite**.

LE POSSIBILI REAZIONI DEGLI OPERATORI

CAPITOLO

5

Ania
FONDAZIONE

5.1 Operatività e competenze personali

"*Uno scontro frontale aveva ridotto la sua automobile ad un groviglio di lamiere. Con la gamba destra fratturata ed il corpo incastrato fra i rottami, la donna era in preda al dolore e allo shock, inerme e confusa. Fu allora che un passante (non seppe mai il suo nome) si avvicinò e si inginocchiò accanto a lei. Le tenne la mano, rassicurandola, mentre gli operatori del pronto soccorso cercavano di liberarla. L'uomo la aiutò a restare calma, malgrado la paura ed il dolore. In seguito lei disse: «E' stato il mio angelo sulla terra»*" (Hill, 2005).

Questo racconto consente di riflettere sui vissuti di una vittima di incidente stradale, nonché di comprendere i bisogni di base che si attivano in quei momenti e che accompagnano quei vissuti. Ancora: racconta di un comportamento di aiuto da parte di uno sconosciuto, pronto ad inginocchiarsi accanto ad una donna vittima di un incidente per rassicurarla. Infine, permette di considerare quanto le vittime di un incidente stradale siano protagoniste di vicende fortemente traumatiche, in cui hanno rischiato di perdere la vita e hanno affrontato la morte, il dolore e la paura.

L'operatore delle compagnie assicurative svolge un **lavoro complesso** in quanto entra in contatto con persone coinvolte in eventi limite ed esperienze potenzialmente traumatiche. Questo comporta muoversi in un territorio molto peculiare che richiede di **utilizzare specifiche "*cautele*" e particolari "*prudenze*"**, già citate, indispensabili per affrontare l'interazione con vittime di tali esperienze potenzialmente soverchianti, come anche dei loro familiari; ma ci consente di valutare anche le **esperienze a cui possono essere esposti gli operatori che intervengono professionalmente in questi contesti** e che possono costituire **potenziali fattori di stress**.

Nell'ambito professionale, anche **l'operatore assicurativo che gestisce i sinistri gravi**, come gli operatori socio-sanitari, **può trovarsi continuamente esposto a vissuti emotivi disturbanti**. Occorre pertanto evidenziare le specifiche difficoltà connesse all'agire professionale, ossia **descrivere gli effetti delle interazioni e degli interscambi** con le persone coinvolte in esperienze potenzialmente traumatiche, nonché dell'**esposizione continua** ad eventi con valenza traumatica o minacciosi per la vita, anche solo descritti verbalmente o riportati scritti negli atti relativi ad un sinistro

È noto che gli operatori socio-sanitari e gli operatori delle forze dell'ordine, chiamati ad intervenire in situazioni emergenziali e complesse, particolarmente impegnative da affrontare e dolorose, possono sviluppare **reazioni di *burnout***, ossia di disagio soggettivamente percepito a livello psicofisico, che può produrre una serie di effetti a catena nell'ambiente lavorativo e che si traduce in un'incapacità di svolgere la propria professione in modo adeguato, con serie ripercussioni sulle mansioni svolte, sulla qualità delle relazioni con i colleghi. Questa difficoltà impatta anche sull'utenza che può criticare l'operatore, per esempio, per la scarsa professionalità, per il cinismo o per la facile irritabilità. Pertanto, **le "cautele" e le particolari "prudenze" vanno rivolte anche agli operatori che hanno rapporti con persone esposte al dolore ed alla sofferenza**, perciò anche ai liquidatori in ambito assicurativo, anche se non incontrano mai fisicamente le vittima, ne conoscono la storia e ne hanno appreso le vicende. L'esposizione continua ad esperienze di questa valenza può produrre degli effetti a catena, i quali possono avere ripercussioni sull'attività lavorativa. Individuare e conoscere "i fattori in campo" consente di identificare le aree di maggior rischio, cioè le situazioni che l'operatore può considerare come particolarmente stressanti e nei confronti delle quali non riesce ad intervenire con meccanismi di fronteggiamento del problema - *coping* - adeguati, allo scopo di poter offrire un miglior servizio all'utenza, migliorare il clima lavorativo e diminuire l'incidenza dello stress e, di conseguenza, il rischio di *burnout*.

Nelle scienze umane e sociali è noto un fenomeno chiamato "**effetto-testimone**" (Balcombe et al., 2004) che evidenzia come essere coinvolti in esperienze in cui si è testimoni di un'esperienza che genera dolore, causa una **marcata reazione di stress in chi osserva**. Questo effetto è riconducibile alle capacità empatiche individuali. Il termine empatia, come è stato già sottolineato, è utilizzato per definire la capacità di percepire e sentire le emozioni altrui, presente nell'uomo ed anche in molti animali. Il termine è stato coniato all'inizio del XX secolo per tradurre il termine

tedesco *Einfühlung*, ossia *sentire dentro*, il *sentire con qualcuno*, ed è utilizzato nel lessico psicologico, unitamente a concetti come compassione, cordoglio, capacità di prendersi cura, di consolare e di aiutare. Un individuo si comporta in modo empatico quando riesce a percepire o comprendere lo stato emotivo altrui attraverso un meccanismo di "**condivisione dello stato**". Questo significa che l'empatia è un **meccanismo intersoggettivo** e la sua essenza è la **connessione emotiva** con altri individui. Sulla base dell'empatia, lo stato emotivo di una persona ha il **potenziale di stimolare una condizione analoga in un individuo vicino**. L'empatia non è un comportamento singolo, ma un'intera classe di pattern comportamentali che si manifestano con diversi gradi di complessità: dalle forme relativamente semplici, in cui agiscono forme di contagio di risposte fisiologiche, come il contagio dello stato emotivo e l'imitazione dei movimenti corporei; a forme sempre più complesse, a partire dall'empatia emotiva e dalla capacità di fornire aiuto in modo mirato, all'empatia cognitiva, ovvero la capacità di provare le emozioni altrui e di comprenderne le ragioni; infine, il più complesso, la capacità di attribuzione grazie alla quale una persona può adottare l'intera prospettiva altrui utilizzando l'immaginazione. Il **contagio emotivo** è alla base dell'esposizione al contatto con un'altra persona che prova delle specifiche emozioni e, di fatto, ci espone al comportamento empatico di base di "**condivisione dello stato**" e, successivamente, di "**connessione emotiva**". Il contagio emotivo è uno stato individuale che risulta direttamente dalla percezione della situazione emozionale di un'altra persona. Se in teatro qualcuno grida "*Al fuoco!*", il panico ed il terrore si diffondono in modo contagioso. Nessuno vede veramente l'incendio o ne sente l'odore, ma la paura è palpabile e porta ciascuno a muoversi e a fuggire, ad allontanarsi dalla fonte di pericolo. Pertanto, un grido di allarme genera paura e terrore che si diffondono molto velocemente in un gruppo di persone, anche senza percepire la fonte di pericolo: è sufficiente **il contagio emotivo, ossia vedere la paura nell'altro**. Panico e paura sono contagiosi, come lo sono anche la gioia, l'eccitazione, la curiosità. Anche la **suggestione emotiva** è un potente modellatore del comportamento sociale, basta pensare al linguaggio del corpo, alle espressioni facciali, al tono della voce, che vengono armonizzati puntualmente con quelli delle altre persone intorno a noi, delle quali imitiamo inconsapevolmente le espressioni esteriori delle emozioni, in perfetta sincronia: se siamo seduti ad un tavolo, ed una persona all'altro capo del tavolo sbadiglia, lo facciamo anche noi senza nemmeno accorgercene; se la persona con la quale stiamo parlando tiene le braccia conserte, anche noi incrociamo le nostre. Queste reazioni di sensibilità allo stato emotivo altrui, tipiche di specie che vivono in gruppi sociali, consentono di trarre dei vantaggi, in quanto il contagio emotivo facilita l'azione difensiva al verificarsi di una minaccia.

La **capacità di percepire lo stato d'animo altrui** dipende anche dal **grado di attenzione prestata**: man mano che il compito diviene più impegnativo, la molteplicità di richieste mette a dura prova la nostra capacità di prestare attenzione. Inquietudine e preoccupazioni possono distogliere l'attenzione dalla questione che si sta affrontando, ed anche un disagio non particolarmente intenso è incompatibile con l'attenzione. Pertanto, per poter sintonizzarsi sui vissuti di un'altra persona, è molto importante canalizzare l'attenzione e concentrarsi su gli aspetti importanti di quella situazione.

Gli esseri umani possiedono, oltre alla capacità di condivisione emotiva, una **naturale tendenza alla socievolezza** ed alla **compassione**, che possiamo definire anche **solidarietà** o **altruismo**. Tra i vari fattori che entrano in gioco nell'altruismo, **avere il tempo di prestare attenzione** è uno degli ingredienti principali: maggiore è **la concentrazione e l'attenzione che dedichiamo a qualcuno, più intensa sarà la nostra capacità empatica e la partecipazione emotiva**. Non tutti, ovviamente, hanno la stessa capacità, volontà o desiderio di prestare attenzione, ma, dovendo occuparsi di persone che hanno fatto esperienza di situazioni potenzialmente soverchianti, è opportuno dedicare tempo ed attenzione, perché in mancanza di questi l'empatia non ha chance e diviene molto difficile stabilire un legame emotivo. Grazie alla naturale socievolezza che tutti possediamo, nell'incontro con altri individui possiamo utilizzare l'empatia per consentire alla socievolezza di intraprendere azioni compassionevoli rispettose dei bisogni dell'altro. Come affermava Stanislavskij, che ha sviluppato un famoso metodo per formare attori che prende il suo nome: "*Dobbiamo studiare le altre persone ed avvicinarci il più possibile al loro livello emotivo, finché la solidarietà nei loro confronti non si trasforma in sentimento*

percepito in noi".
Alla base della compassione, della solidarietà e dell'altruismo c'è l'**empatia**, ossia il meccanismo fondamentale di base che, nel **vedere la sofferenza**, fa **sentire in noi quella sofferenza** e ci fa **agire per alleviare la sofferenza che noi sentiamo agire dentro di noi** grazie all'**immedesimazione con l'altro**. Di fatto, siamo soliti sincronizzarci con i vissuti emotivi di altre persone in modo molto automatico ed inconsapevole.
La connessione emotiva fra gli individui può portare a forme di risposta empatica in cui un osservatore percepisce **lo stato emotivo di un altro e "se ne dispiace"**. Di fatto, a causa dell'empatia, può persistere uno stato emotivo in cui **"mi sento angosciato a vedere la tua angoscia"**, fino all'adozione di specifiche **azioni nel tentativo di alleviare lo stato di disagio**, oppure **offrire conforto alla persona che soffre**. Pertanto, la connessione emotiva può essere una componente importante di certi comportamenti altruistici e cooperativi, facilitando forme di interazioni complesse come l'altruismo reciproco. Inoltre, può avere un ruolo anche nell'induzione della **fiducia**, che implica la capacità di valutare le intenzioni e le emozioni della persona con cui si interagisce. Ne consegue che la condivisione di una condizione emotiva, se prevede l'attuazione di una risposta particolare di aiuto, implichi degli oneri che possono essere definiti "**i costi di un sé espanso**": quando vediamo qualcuno che sente angoscia o paura, anche noi ci angosciamo e ci spaventiamo e, magari, diveniamo anche ansiosi. **L'angoscia, la paura e l'ansia, non sono "gratis"**: provocano, infatti, il rilascio di **cortisolo, l'ormone dello stress**, che causa una serie di effetti fisiologici a cascata, dal rialzo della pressione sanguigna, all'aumento dei battiti cardiaci, al blocco della digestione. Eccessivi livelli di cortisolo possono danneggiare le funzioni cognitive, diminuire la risposta immunitaria e produrre altre importanti disfunzioni nel corpo. Questi vissuti emotivi richiedono l'apporto dei distretti metabolici, uno stato di *arousal* e un'attivazione cognitiva che possono deviare la nostra attenzione e le nostre energie le quali dovrebbero essere impiegate per compiti importanti. Questo è il motivo per cui un'empatia "fuori luogo", o eccessiva, potrebbe costituire una risposta non adattiva.
L'empatia può avere dei costi anche per l'individuo che è oggetto della risposta empatica, per cui si può cercare di trarre un vantaggio dalla capacità di dissimulare uno stato emotivo, come nel caso in cui durante una lotta si prova paura. Quanto più gli altri saranno abili e capaci di leggere le espressioni facciali, i messaggi olfattivi, il tono della voce ed il linguaggio del corpo, tanto meno riusciremo a nascondere il nostro stato emotivo e le nostre intenzioni.
Ovviamente, essere capaci di leggere e capire le intenzioni facilita anche la manipolazione e l'inganno: la possibilità di immaginare il modo in cui il proprio comportamento colpisce gli altri può condurre ad utilizzare impropriamente questi contenuti fino a forme estreme di crudeltà.
Di fatto, **essere empatici è la giusta garanzia**: la capacità di essere empatici crea una condizione di trasparenza e di intersoggettività che rende normale la comunicazione basata sulla schiettezza e ci consente di comprendere se siamo oggetto di manipolazione. **La capacità di capire cosa prova un'altra persona consente di essere compassionevoli, di non provocare sofferenza e dolore, di non essere manipolati e di agire intenzionalmente per migliorare il benessere del prossimo**.
Essere empatici può favorire anche i normali processi di adattamento ed i vissuti di competenza e di adeguatezza operativa, per coloro i quali svolgono una professione in cui devono gestire "quote di sofferenza individuale", con l'obiettivo di consentire di sperimentare vissuti di accordo (match), invece che di disaccordo (mismatch), con il compito istituzionale e con gli obiettivi lavorativi.
La *Core Self Evaluation* (CSE), traducibile come il "**nucleo centrale delle valutazioni di Sé**", è un costrutto di personalità che ingloba i concetti di autostima, di *locus of control* (responsabilità degli eventi individuale - *locus of control interno* - o dovuta al caso/sfortuna-locus of control esterno) e la *self-efficacy* (auto-efficacia percepita), ed è stata utilizzata per lo studio della soddisfazione lavorativa. La CSE ha una forte relazione con la soddisfazione lavorativa, per cui la presenza di sentimenti di autostima e di auto-efficacia, unitamente alla possibilità di sentirsi personalmente responsabili degli eventi occorsi, aumenta il piacere di svolgere un'attività professionale. È stato notato anche, tuttavia, che la CSE ha una forte relazione anche con lo stress lavorativo

e si ipotizza che esista una relazione negativa e diretta tra CSE e stress lavorativo, per cui le persone che hanno una valutazione negativa del Sé in termini di autostima, autoefficacia e responsabilità individuale, tendono a mostrare segni e sintomi di stress lavoro correlato e disagi in ambito lavorativo. La ricerca sugli effetti dello stress in ambito lavorativo, come anche del *burnout*, ha sottolineato che **i vissuti emotivi attivi in alcuni operatori che assistono le vittime**, possono predisporre ad avere maggiori rischi di vissuti di **esaurimento emotivo** e di **scoraggiamento**. Sentirsi in difficoltà a svolgere i compiti e le mansioni, anche quelli più banali, nel proprio lavoro agisce negativamente nella gestione operativa dei casi.

5.2 Dinamiche, reazioni e conseguenze dello stress lavorativo

Il concetto di "**stress**" fu introdotto in medicina grazie all'opera di un medico ungherese, Hans Selye (1976), che individuò nello stress quella che egli definì una "**risposta aspecifica dell'organismo ad una richiesta di adattamento più o meno improvvisa**". Lo stress era inizialmente considerato **un effetto** e non una causa, consistente in quella **serie di adattamenti**, di per sé **non patologici**, che possono intervenire nella vita quotidiana di un individuo, ad esempio, per la variazione della temperatura esterna.
La parola stress ha progressivamente assunto nel linguaggio comune, accanto al suo significato scientifico originario, il significato di condizione, soprattutto di natura psichica, capace di provocare, nella persona che la subisce, **una serie di reazioni anche gravi**. Perché avviene questo? In condizioni di stress, i sistemi biologici chiave sono il **sistema nervoso simpatico (SNS) e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA)**: quando ci troviamo in difficoltà, sia il SNS che l'asse HPA accettano la sfida e producono ormoni che ci preparano ad affrontare un'emergenza o una minaccia. Sotto stress, le ghiandole surrenali secernono, infatti, il **cortisolo**, uno degli ormoni liberati nel nostro organismo nelle situazioni di emergenza, in quanto capace di avere effetti ad ampio raggio sull'organismo, tra i quali, ad esempio, favorire adattamenti a breve termine per sanare le ferite fisiche. In situazioni normali, pertanto, abbiamo bisogno di un livello di cortisolo scarso che aiuta il nostro metabolismo e regola il sistema immunitario. Ma se i livelli di cortisolo rimangono troppo alti per periodi prolungati, l'organismo ne paga il prezzo in termini di **cattiva salute**. Se si protraggono per anni attivazioni dei circuiti SNS e HPA determinano livelli di stress biologico (detti "carichi allostatici") che possono accelerare l'insorgere di una malattia o peggiorarne i sintomi. È noto che la produzione cronica di cortisone e relativi ormoni, può provocare disturbi cardiovascolari e pregiudicare la funzionalità del sistema immunitario, nonché, fenomeno meno conosciuto, **modificare il funzionamento del nostro cervello**, danneggiando i neuroni dell'ippocampo, a scapito della memoria, e causando cambiamenti dell'amigdala e nel funzionamento della corteccia prefrontale. Il cortisolo, infatti, stimola **l'amigdala** (struttura del sistema limbico che svolge funzioni di integrazione di processi neurologici superiori come le emozioni e che è coinvolta anche nei sistemi della memoria emozionale) inducendo lo sviluppo anomalo di connessioni neurali nella sede della paura; inoltre, influisce negativamente sulla capacità delle aree chiave della **corteccia prefrontale** di regolare i segnali di paura che provengono dall'amigdala. **L'ippocampo** (struttura limbica che svolge un ruolo importante nella memoria e nella navigazione spaziale) viene danneggiato dall'esposizione al cortisolo ed inizia ad apprendere i dati in modo inefficace, dando troppa importanza ai dettagli irrilevanti di una particolare situazione (lo sguardo di un'altra persona, il suo tono di voce, la sua postura, ecc.). **L'eccesso di cortisolo ha dunque un triplice impatto sul nostro cervello**: l'amigdala iperattivata agisce senza controllo, causando forti sentimenti di paura; i circuiti dell'amigdala si attivano e la corteccia prefrontale non riesce ad elaborare i segnali sovrabbondanti che essa produce; l'ippocampo percepisce ed interpreta erroneamente troppi stimoli irrilevanti come segnali di pericolo che alimentano la paura.
Questo consente di comprendere come, in particolari condizioni di stress, le persone diventino più sensibili ai segnali dell'ambiente e come siano più reattive a tali segnali rispetto al solito. Conoscere le dinamiche sottese al funzionamento

della nostra mente, anche del nostro cervello sociale, favorisce la comprensione anche quanto sia importante occuparsi di capacità spesso ignorate nell'ambito lavorativo e che fanno riferimento all'**intelligenza sociale** ed all'**intelligenza emotiva**. La consapevolezza di sé come individui (chi siamo), di fatto dipende ed è interconnessa con la nostra consapevolezza sociale (chi siamo per gli altri, con gli altri, attraverso gli altri). Anche la gestione di sé (auto-efficacia percepita), dipende ed è interconnessa con la nostra abilità sociale o capacità di gestione delle relazioni. Valutare il "**talento interpersonale**" in termini di cosa le persone affermano di sapere sulle personali abilità sociali, consente di rispondere a domande come: "riesco a capire il comportamento di altre persone", e "so come si sentono le persone a causa delle mie azioni". Questo definisce la cognizione sociale, un insieme di capacità non verbali, intuitive e per lo più inconsapevoli, che sono alla base di una buona vita sociale e che sono connesse a valutazioni implicite della abilità che ciascuno sente di possedere e che ci fa valutare noi stessi come capaci o incapaci di gestire i rapporti interpersonali. Il "cervello sociale" consiste in un insieme di reti neurali ad ampio raggio, distinte ma fluide, che cooperano durante i nostri contatti con altre persone (anche quelli immaginari) e si coordinano verso uno scopo. Più è complicata l'interazione sociale, più sono complesse le reti di neuroni interconnessi che vengono attivate e che moduleranno la nostra risposta. Sappiamo, per esempio, che quando dobbiamo affrontare un'emozione di paura (in noi o negli altri), l'attenzione si concentra sullo stimolo che ha generato la paura; mentre con la rabbia, la nostra attenzione è rivolta a cosa fare per ribaltare la reazione della persona.
La "**capacità di comprendere le altre persone e come reagiranno nelle diverse situazioni**", consente di integrare le competenze cognitive di base che rendono una persona capace di reagire in modo adattivo alle richieste dell'ambiente (ciò che nelle scienze umane corrisponde all'intelligenza - *fattore g* - misurata con classicamente con il QI), con una specifica competenza relazionale, o intelligenza generale applicata alle situazioni sociali, che corrisponde ad un insieme di capacità che consentono ad una persona di cavarsela in un gruppo sociale complesso e nelle interazioni con esso.
Queste capacità hanno una grande importanza per la gestione delle nostre relazioni, anche in ambito lavorativo, ed un'adeguata attenzione alle difficoltà che possono nascere a causa della difficile gestione di aspetti relazionali, consentirebbe di "**agire con saggezza nei nostri rapporti**" ed essere meno esposti a fonti di stress in questo ambito. Le doti non cognitive, come l'empatia, la sincronizzazione emotiva e la compassione, sono aspetti fortemente adattativi del repertorio sociale umano per la sopravvivenza; ma queste capacità umane hanno un costo e possono esporre a dei rischi di cui dobbiamo conoscere gli effetti e le dinamiche. Tanto più saremo capaci di riconoscere lo stato mentale di un'altra persona, tanto più riusciremo a sintonizzarci con essa ed a pianificare uno schema di azione in linea con i bisogni presenti. Questo ci consentirà di mettere in atto interventi a misura d'uomo di sperimentare anche vissuti di auto-efficacia e ci esporrà meno allo stress.
Per realizzare un "**intervento a misura d'uomo**", occorre considerare molto attentamente i rischi a cui sono esposte le persone che si occupano di altri esseri umani. Questo è stato particolarmente studiato nella classe medica, nella cui categoria alcune ricerche hanno individuato crescente frustrazione e segni di esaurimento nel 80/90% dei praticanti (*e.g.*: Chopra et al., 2004), i quali presentavano sintomi di spossatezza emotiva provocata dal lavoro, forte senso di insoddisfazione e atteggiamento di spersonalizzazione io-esso. Le conoscenze attuali del ruolo delle emozioni sulla salute fanno pensare che ignorare che dietro una pratica esiste una persona, seppur in nome di un'attesa efficienza, impedisca di considerare gli effetti di un nostro potente alleato biologico, ossia la nostra naturale empatia. Ritenere che il distacco sia il segreto alla base di una percezione corretta, si rivela, alla luce di quanto detto, sbagliato.
Recuperare la "dimensione umana" nella professione diviene garanzia di maggiore obiettività e competenza, perché consente di utilizzare anche le capacità del nostro cervello sociale. Inoltre, consente di evidenziare che le persone che si occupano di altri esseri umani e delle problematiche che li affliggono, devono **accudirsi a vicenda**: in qualunque organizzazione umana al servizio degli altri, i rapporti interni fra i vari membri del gruppo di lavoro influiscono sulla qualità dell'operatività prestata. **L'accudimento a livello di gruppo di lavoro e l'attenzione per eventuali**

momenti di difficoltà di un collega da parte del gruppo, sono una garanzia di maggior efficienza del gruppo stesso e di maggiore capacità di risposta alle richieste dell'ambiente, fornendo una **base sicura**. Possiamo citare alcune interazioni che si verificano nel corso di una qualsiasi giornata: dalla semplice disponibilità ad ascoltare un collega e la sua difficoltà per qualche minuto, o ascoltarne una lamentela; mostrare rispetto o ammirazione, oppure apprezzare il lavoro svolto da un collega. La disponibilità all'ascolto, uno sguardo amichevole, sono tutti **atti silenziosi di umanità** importanti che si perdono troppo spesso e facilmente in mezzo all'attività quotidiana. Sappiamo bene dalle indagini condotte nell'ambito delle scienze umane (*e.g.*: Kahn, 1993) che se manca la ricarica emotiva, l'energia necessaria a continuare a svolgere il proprio lavoro si esaurisce e diviene scadente e poco efficace anche il servizio reso ai propri assistiti. Uno dei compiti emotivi che porta spesso ad un contagio doloroso è proprio l'ascolto (anche non ascoltato, ma letto!) delle vicende dolorose altrui: questo viene definito "**traumatizzazione vicaria**", che comporta un vissuto di angoscia connesso all'esposizione al dolore altrui. Una soluzione consiste non nel smettere di ascoltare, ma di cercare aiuto per metabolizzare l'inevitabile sofferenza, in modo da poter recuperare più facilmente a livello emotivo. Proprio come chi svolge un lavoro fisicamente impegnativo si prende della pause dalla fatica fisica, chi esercita una professione stressante anche dal punto di vista emotivo può trarre beneficio da una pausa prima di riprendere l'attività. Per questo motivo, occorre procedere riconoscendo la necessità di un sostegno emotivo, anche da parte dei colleghi, a seguito dell'esposizione a vicende o a narrazioni di vicende dolorose.
Occorre porre particolare attenzione ad alcune reazioni poco adeguate allo stress, o indicatori sentinella di condizioni di sofferenza, che possono essere in "agguato", come:

- non prendersi cura di sé (ridurre drasticamente il riposo, mangiare in modo irregolare, rinunciare all'esercizio fisico, ecc.);
- biasimarsi spesso, accusando sé stessi in modo ingiustificato o, diversamente, arrabbiarsi violentemente con altri;
- cercare un impegno passivo e distrazioni nella maggior parte della giornata (trascorrere molto tempo guardando la TV, giocando ai videogiochi, o intrattenendosi su internet senza una particolare finalità);
- assumere comportamenti di rischio;
- isolarsi rinunciando completamente alle attività sociali;
- ricorrere all'uso di sostanze alcoliche o alle droghe.

E' necessario rivolgere un'attenta valutazione alle proprie risorse personali, considerando la percezione soggettiva dell'evento e le strategie utilizzate, offrendo la possibilità di aumentare il repertorio di risposte adeguate da impiegare. **Intervenire sulle strategie di *coping***, come vedremo anche in seguito, significa fornire abilità gestionali (*coping skills*) utili a superare o, quantomeno fronteggiare al meglio, le condizioni stressanti generate da un evento. L'intervento può riguardare prevalentemente gli aspetti cognitivi inerenti all'evento (rappresentazione del problema, convinzioni riferite a sé dopo l'evento, ecc.), o l'attivazione emotiva conseguente all'evento. Chiaramente si tratta di due dimensioni fortemente legate: le cognizioni modulano le reazioni emotive di stress come la paura, l'ansia, la tristezza, così come le reazioni emotive sostengono e orientano l'elaborazione dell'evento stressante.
Numerose sono state le ricerche sul cambiamento delle strategie di *coping*. In generale, lo scopo di tali interventi è quello di modificare i comportamenti, i pattern emotivi e le convinzioni implicite e/o esplicite degli individui per aiutarli ad abbandonare strategie disfunzionali ed a sviluppare abilità di *coping* adattive.

5.3 Il coping

Con il termine *coping* (dall'inglese to *cope with* che può essere tradotto con "far fronte a") si fa riferimento alle **modalità con cui le persone cercano di gestire o**

adattarsi a eventi traumatici o situazioni quotidiane complesse.
Il "meccanismo di *coping*", definito come l'insieme delle risposte comportamentali e cognitive mirate alla gestione delle situazioni stressanti che implicano la percezione di minaccia, perdita o sfida (Lazarus, 1968), compare a partire dagli anni sessanta nelle ricerche sullo stress. Richard Lazarus e Susan Folkman (1991) hanno definito il *coping* come **un insieme di sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto per gestire le richieste esterne in relazione alle risorse possedute**. Le strategie di *coping* sono pertanto **processi attivati da condizioni critiche**, attraverso i quali si tenta di **ripristinare il controllo della situazione** o almeno di **ridurre lo stato di sofferenza psicologica**.
Il *coping* si caratterizza per essere un processo che interessa le componenti biologiche, emotive, cognitive ed esperienziali di ciascun individuo. La risposta di *coping* è connessa alla **percezione soggettiva dell'evento** che sarà giudicato più o meno stressante sulla base delle risorse personali e sociali a disposizione e della sua prevedibilità e comprensibilità. Pertanto, di fronte ad uno stesso evento l'individuo può attivare in successione meccanismi di *coping* diversi in funzione della loro **efficacia percepita**.
Il *coping* ha prettamente una **funzione auto-regolativa** e può riguardare i tentativi di regolarizzare la **situazione** (*coping* focalizzato sul problema), l'**emozione provata** (*coping* focalizzato sull'emozione) o il **comportamento messo in atto** (regolazione comportamentale).
Le strategie di *coping* comprendono:

a) processi cognitivi, quali percezione dell'evento, valutazione e pianificazione delle strategie da adottare;
b) le azioni adottate;
c) le emozioni connesse agli eventi critici.

La valutazione dei meccanismi di *coping* è essenziale per poter comprendere **le capacità di adattamento individuali e le reazioni individuali alle situazioni stressanti**.
In una distinzione divenuta oramai classica, Lazarus e Folkman (1984) hanno distinto due tipi fondamentali di reazioni alle condizioni di stress:

- **strategie focalizzate sulle emozioni** (*emotion focused coping*): attraverso cui le persone tentano di ridurre le reazioni emotive negative, ad esempio attraverso la distrazione o negazione del problema, cercando conforto negli altri, o cercando di contrastare le emozioni negative con l'ausilio di sostanze;
- **strategie focalizzate sul problema** (*task focused coping*): con le quali l'individuo cerca di fronteggiare la condizione critica attraverso la valutazione, la pianificazione e l'azione diretta nei confronti dell'evento critico;

A queste strategie, si deve aggiungere la ***strategia di coping centrata sull'evitamento*** (*avoidance focused coping*; Endler e Parker, 1990) che consiste nei tentativi da parte del soggetto di ignorare la minaccia dell'evento stressante attraverso l'impegno in attività che distolgono la sua attenzione dal problema.
Alla base dell'attivazione dei meccanismi di *coping* non c'è sempre l'intenzionalità, ossia possono essere attivate delle **risposte automatiche senza un controllo cosciente** (Skinner & Wellborn, 1994), risposte che si attivano quando l'autonomia, la competenza e la capacità di valutare gli eventi e le loro relazioni sono minacciate (Eisenberg et al., 1997). Come è stato già sottolineato, la percezione dell'intensità dell'evento stressante è soggettiva e dipende da una serie di variabili individuali, sociali, situazionali ed istituzionali. Per esempio, l'iperattivazione psicofisica è una risposta determinata biologicamente per far fronte a situazioni ambientali che possono essere percepite come pericolose o particolarmente impegnative da affrontare. A tal proposito, Selye (1976), distingue tra ***eustress***, una condizione di sollecitazione che mobilita le risposte di un individuo chiamato ad affrontare compiti specifici, e ***distress***, una condizione di sollecitazione che riduce le capacità individuali di rispondere in modo appropriato ad un compito. L'esposizione ripetuta a situazioni di *distress* può incidere sulla possibilità di incorrere in episodi di **burnout**, una sindrome di disagio di cui si parlerà più diffusamente in seguito, che produce

disfunzioni in ambito lavorativo e che incide sulla possibilità di svolgere le mansioni professionali in modo adeguato.
Tra le funzioni del *coping*, troviamo la regolazione del comportamento, dell'emozione e dell'attenzione che si attivano ogni qual volta un individuo si trovi a dover affrontare delle situazioni stressanti.
In particolare, tra le strategie focalizzate sulle emozioni, ossia l'*emotion focused coping* (Lazarus & Folkman, 1985), troviamo forme di *coping* come:

- *distanziamento* (porsi ad una "distanza" emotiva dall'evento attraverso la negazione del problema o distrarsi in altre attività);
- *accettazione della responsabilità* (ritenersi più o meno responsabile di una situazione);
- *autocontrollo* (capacità di non lasciarsi travolgere dalle emozioni);
- *ricerca del sostegno sociale;*
- *evitamento;*
- *rivalutazione positiva* (vedere la realtà da un punto di vista più positivo);

Tra le strategie di coping orientate al compito (task focused coping):

- *affrontare direttamente il problema;*
- *pianificazione.*

Le diverse strategie possono anche differenziarsi in base al tipo di approccio nei confronti dell'evento stressante (Brown & Nicassio, 1987). Possiamo avere condizioni di approccio diretto con la situazione che genera stress, o ***coping attivo***, oppure, dedicarsi a situazioni distraenti capaci di allontanare pensieri ed emozioni disforiche, o ***coping di evitamento***.
Non necessariamente i processi di *coping* adottati risultano funzionali all'adattamento alla situazione stressante. A volte le risposte di fronteggiamento possono essere **inadeguate** o **disfunzionali**. Un adattamento efficace solitamente richiede una certa **flessibilità** nelle strategie impiegate ed il ristabilirsi di una **percezione di controllo ambientale ed emotivo**.

Esempi di risposte di *coping* funzionali	Esempi di risposte di *coping* disfunzionali
• Ricerca del sostegno sociale • Confrontarsi con gli altri (Partecipare a gruppi di sostegno) • Autocontrollo emotivo • Tecniche di rilassamento • Prendere le distanze • Impiego di meccanismi di evitamento (subito dopo l'evento) • Accettare le responsabilità • Utilizzare strategie di problem solving • Rivalutazione	• Innescare meccanismi di dipendenza e richiesta di approvazione • Manifestare instabilità emotiva (ansia, rabbia, ecc. • Eludere il problema • Manifestare impotenza • Avere esagerate aspettative su di sé

Ania Cares

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER LE VITTIME DELLA STRADA

BIBLIOGRAFIA

Aldwin C.M. (1994). Stress, coping, and development. New York: Guilford.

American Psychiatric Association (1980). DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Whashington, DC. (Trad. it.: DSM-III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Masson, Milano, 1980).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5. Arlington, VA, American Psychiatric Association (Trad. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta Edizione, DSM-5, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014).

Anolli L. (2012). Fondamenti di Psicologia della comunicazione. Roma: Il Mulino.

Avallone F. (2011). Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Costruire e gestire relazioni nei contesti professionali e sociali. Roma: Carocci.

Barry L. C., Kasl S. V., Prigerson H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. American Journal of Geriatric Psychiatry, 10, 447–457.

Bernat J.A., Ronfeldt H.M., Calhoun K.S., Arias I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a non-clinical sample of college students. Journal of Traumatic Stress, 11, 4, 645-664.

Blanchard E.B., Hickling E.J. (1997). After the Crash. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Blanchard E.B., Hickling E.J., Freidenberg B.M., Malta L.S., Kuhn E., Sykes M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. Behaviour Research and Therapy, 42 (5), 569–583.

Blanchard E.B., Hickling E.J., Taylor A.E., Loos W.R., Forneris C.A., Jaccard J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? Behaviour Research and Therapy. 34, 1, 1–10.

Bleich A., Gelkopf M., Solomon Z. (2003). Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. JAMA, 290 (5), 612-620.

Boccia M., D'Amico S., Bianchini F., Marano A., Giannini A.M., Piccardi L. (2015a). Different neural modifications underpin PTSD after different traumatic events: an fMRI meta-analytic study. Brain Imaging and Behavior, doi:10.1007/s11682-015-9387-3

Boccia M., Piccardi L., Cordellieri P. Guariglia C., Giannini A.M. (2015b). EMDR therapy for PTSD after motor vehicle accidents: meta-analytic evidence for specific treatment. Frontiers in Human Neuroscience 9(213) doi:10.3389/fnhum.2015.00213

Breen L.J., O'Connor M. (2010). Acts of resistance: breaking the silence of grief following traffic crash fatalities. Death Studies, 34 (1), 30-53.

Breslau N., Davis G. C., Andreski P., Peterson E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry, 48, 3, 216-222.

Bryant R., Creamer M., O'Donnell M., Silove D., Clark C.R., McFarlane A.C. (2009). Post-traumatic amnesia and the nature of post-traumatic stress disorder after mild brain injury. Journal of the International Neuropsychological Society, 15, 6, 862–867.

Calabresi M. (2007). Spingendo la notte più in là. Roma: Mondadori.

Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: new considerations. Psychological Inquiry, 15 (1), 93–102.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Carlson E.B., Dalemberg C.J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. Trauma, Violence & Abuse, 1, 1, 4-28.

Carpentieri S. C., Mulhern R.K., Douglas S., Hanna S., Fairclough D.L. (1993). Behavioral Resiliency Among Children Surviving Brain Tumors: A Longitudinal Study. Journal of Clinical Child Psychology, 22, 2, 236-246.

Chossegros L., Hours M., Charnay P., Bernard M., Fort E., Boisson D., Sancho P.O., Yao S.N., Laumon B. (2011). Predictive Factors of Chronic Post-Traumatic Stress Disorder 6 Months after a Road Traffic Accident. Accident Analysis & Prevention, 43, 1, 471-477.

Cicchetti D., Rogosch FA. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. Development and Psychopathology, 9, 4, 797-815.

Cordova M. J., Cunningham L. L. C., Carlson C. R., Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. Health Psychology, 20, 176 –185.

Cozolino L. (2006). The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain. New York, W. W. Norton (Trad it.: Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane, Milano, Cortina, 2008).

Crystal A., Gabert-Quillen J., Irish L.A., Sledjeski E., Fallon W., Spoonster E., Delahanty D.L. (2011). The Impact of Social Support on the Relationship-BetweenTrauma History-and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Motor Vehicle-Accident Victims. American Psychological Association.

Currier J. M., Holland J. M., Coleman R. A., Neimeyer R. A. (2008). Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. In R. G. Stephenson & G. R. Cox (Eds.), Perspectives on violence and violent death. Amityville, NY: Baywood (pp. 177–202).

Danieli Y., Brom D., Sills J. (2005) (Eds.). The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care. An International Handbook. New York: Haworth Press.

De Mey-Guillard C., Yao S.N., Cottraux J., Martin R. (2005). Post-traumatic stress disorder in anxiety disorder unit in a victims support association. Encephale, 31, 76-81.

Dyregrov A., Dyregrov K. (1999). Long-term impact of sudden infant death: A 12-to 15-year follow-up. Death Studies, 23, 635–661.

Ehlers A., Clark D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, 4, 319-345.

Ehring T., Ehlers A., Glucksman E. (2006). Contribution of Cognitive Factors to the Prediction of Post-traumatic Stress Disorder, Phobia and Depression after Motor Vehicle Accidents. Behaviour Research and Therapy, 44 (12), 1699–1716.

Engel K.G., Heisler M., Smith D.M., Robinson C.H., Forman J.H., Ubel P.A. (2009). Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? Annual Emergency Medicine, 9, 53, 454-461.

Epstein S. (1992). The self-concept, the traumatic neurosis, and structure of personality. In: D. Ozer, J.M. Healy Jr, A.J. Stewart (Eds), Perspectives in personality, vol. 3, London, Jessica Kingsley.

European Transport Safety Council (2015). Annual PIN report. Year 2015. http://etsc.eu/9th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/

Fassin D., Rechtman R. (2007). L'empire du traumatisme: enquête sur la condition du victime. Flammarion, Paris.

Feinstein A., Dolan R. (1991). Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion. Psychological Medicine, 21, 1, 85-91.

Feinstein A., Hershkop S., Ouchterlony D., Jardine A., McCullagh S. (2002). Posttraumatic amnesia and recall of a traumatic event following brain injury. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 14, 1, 25–30.

FitzHarris G., Petros M., John C. (2007). Changes in endoplasmic reticulum structure during mouse oocyte maturation are controlled by the cytoskeleton and cytoplasmic dynein. Developmental Biology, 305, 1, 133-134.

Freedman T.G. (2004). Voices of 9/11 first responders: patterns of collective resilience. Clinical Social Work Journal, 32 (4), pp. 377-393.

Freud S. (1915). Trauer und Melancholie. Trad. it., Lutto e Melanconia, in Opere, vol. VIII, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.

Gabriel E., Patricia C., Kathleen M., Joseph A. (2009). PTSD After severe vehicular crashes. National Study Center for Trauma & EMS, University of Maryland School of Medicine, 53, 177-193.

Gil S., Caspi Y., Ben-Ari I.Z., Koren D., Klein E. (2005). Does memory of a traumatic event increase the risk for posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. American Journal of Psychiatry, 162, 5, 963–969.

Green B.L. (1994). Psychological research in traumatic stress: An update. Journal of Traumatic Stress, 7, 3, 343-361.

Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C., Leonard A.C. (1992) Chronic post traumatic stress disorder and diagnostic co-morbidity in the disaster sample. Joumal of Nervous and Mental Disorders, 180, 760-766.

Harris I..A., Young J.M., Rae H., Jalaludin B.B., Solomon M.J. (2008). Predictors of post-traumatic stress disorder following major trauma. ANZ Journal of Surgery, 78, 7, 583–587.

Harrison W.A. (1999). The role of experience in learning to drive: a theoretical discussion and an investigation of the experiences of learner drivers over a two-year period. Monash University Accident Research Centre, Report No. 156.

Hickling E.J., Blanchard E.B. (1999). The psychological treatment of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder: Conceptualization and two pilot studies. In E.J. Hickling, E.B. Blanchard (Eds.), The international handbook of road traffic accidents: Psychological trauma, treatment and law, Elsevier Science, London, pp. 321-339.

Hobfoll S.E, Watson P., Bell C. C, Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M. J., Gersons B.P., De Jong J.T., Layne C.M., Maguen S., Neria Y., Norwood A.E., Pynoos R.S., Reissman D., Ruzek J.I., Shalev A.Y., Solomon Z., Steinberg A.M., Ursano R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention:

Empirical evidence. Psychiatry, 70 (4), 283–315.

Holbrook T. L., Anderson J. P., Sieber W. J.,Browner D., Hoyt D. B. (1998). Outcome after major trauma: discharge and 6- month follow-up results from the Trauma Recovery Project. Journal of Trauma, 45, 2, 315-323.

Holeva V., Tarrier N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. Journal of Psychosomatic Research, 51, 5, 687-692.

IASC - Inter-Agency Standing Committee (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

Irish L., Ostrowski S.A., Fallon W., Spoonster E., Dulmen M., Sledjeski E.M., Delahanty D.L. (2008). Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. Journal of Traumatics Stress, 21, 4, 377–384.

Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child Development, 71,3, 543–562.

Janoff-Bulman R. (1992). Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.

Janoff-Bulman, R., Yopyk, D. J. (2004). Random outcomes and valued commitments: Existential dilemmas and the paradox of meaning. In J. Greenberg, S. L. Koole, T. Pyszczynski (Eds.), Handbook of experimental existential psychology (pp. 122–138). New York, NY: Guilford Press.

Jacobson R. (1960). Closing statements. Linguistic and Poetics. In T.A. Sebeok (Ed.), Style in language, New York, Wiley, pag. 350-377.

Joseph, S., Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. Clinical Psychology Review, 26, 1041–1053.

Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hurges M., Nelson C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52 (12), 1048-1060.

Kilpatrick D. G., Saunders B. E., Amick-McMullan A., Best C. L., Veronen L. J., Resnick H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy, 20, 2, 199-214.

Kline B. E., Short E. B. (1991). Changes in emotional resilience: Gifted adolescent females. Roeper Review, Special Issue: Gender Equity: Meeting the Special Needs of Gifted Females, 13, 3, 118-121.

Koenen K.C., Moffitt T.E., Poulton R., Martin J., Caspi A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. Psychological Medicine, 37 (2), 181–92.

Koren D., Arnon I., Klein E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one year prospective, follow-up study. American Journal of Psychiatry, 156, 3, 367-373.

Krafft-Ebing R. (1897). Trattato di Psicopatologia Forense. Torino: Fratelli Bocca Editori.

Kristal H. (1968). Massive psychic trauma. New York: International Universities Press.

Kristjanson L., Lobb E., Aoun S., Monterosso L. (2006). A systematic review of the literature on complicated grief. Churchlands, Australia: West Australian Centre for Cancer and Palliative Care.

LeDoux J. (1996). The Emotional Brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York: Simon & Schuster (Trad. it.: Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni, Milano, Baldini e Castoldi, 1999).

Lemay, M. (2005). Riflessioni sulla resilienza. In B. Cyrulnik, E. Malaguti (Eds.), Costruire resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi. Trento: Edizioni Erickson.

Lori G., Battagli F. (2013). La comunicazione del decesso improvviso ai familiari delle vittime. Firenze: Cerchio blu.

Malt U. (1988). The long-term psychiatric consequences of accidental injury. A longitudinal study of 107 adults. British Journal of Psychiatry, 153, 810–818.

Malt U.F., Hoivik B., Blikra G. (1993), Psychosocial consequences of road accidents. European Psychiatry, 8, 4, 227-228.

Malt U.F., Olafsen O.M. (1992). Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults. Psychiatric Medicine, 10, 3, 117–134.

Masten A.S., Cutuli J.J., Herbers J.E., Reed M.G. J. (1999). Resilience in development. In S. J. Lopez, C. R. Snyder, The Oxford Handbook of Positive Psychology, Oxford, Oxford University Press.

Mayou R., Bryant B., Duthie R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. British Medical Journal, 307, 6905, 647-651.

Mayou R., Ehlers A., Hobbs M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims Three-year follow-up of a randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry, 176, 589-593.

McFarlane, 1988

McFarlane A.C., Van der Kolk B. (1996). Trauma and its challenge to society. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds), Traumatic stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society, New York, Guilford (Trad. it. Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili, Roma, Edizioni Magi, 2004).

McFarlane, A.C., Atchison, M., Yehuda, R. (1997). The Acute Stress Response Following Motor Vehicle Accidents and its Relation to DPTS. Annals of the New York Academy of Sciences, 821, 437–441.

Michaels A.J., Michaels C.E., Moon C.H., Smith J.S., Zimmerman M.A., Taheri P.A., Peterson C. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: impact on general health outcome and early risk assessment. Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, 47, 3, 460–466.

Murphy S. A., Johnson L. C., Chung I.-J., Beaton R. D. (2003). The prevalence of DPTS following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. Journal of Traumatic Stress, 16, 17–25.

Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O.W. Hill, Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol. 3, London, Butterworths, pp. 430-439.

Norris F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60 (3), 409-418.

North, C. S., Smith, E. M., Spitznagel, E. L. (1994). Post-traumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. American Journal of Psychiatry, 151, 1, 82-88.

O'Donnell M. L., Creamer M., Pattison P. (2004a). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. American Journal of Psychiatry, 161 (8), 1390–1396.

O'Donnell M. L., Creamer M., Pattison P., Atkin C. (2004b). Psychiatric morbidity following injury. American Journal of Psychiatry, 161 (3), 507–514.

Oppenheim H. (1889). Die traumatiche neurosen. Berlin: Hirschwald.

Parker P.A., Baile W.F., de Moor C., Lenzi R., Kudelka A.P., Cohen L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. Journal of Clinical Oncology, 19 (7), 2049-2056.

Person E.S., Klar H. (1995). Il trauma tra memorie e fantasie. In: M. Ammaniti, D.N. Stern (eds), Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali. Bari, Laterza.

Pietrantoni L., Prati G. (2009). Psicologia dell'emergenza. Bologna: Il Mulino.

Pietrantoni L., Prati G., Palestini L. (2008), Il primo soccorso psicologico nelle maxi-emergenze e nei disastri. Bologna: Clueb.

Pinker S. (1994). The language instinct. New York: Morrow (trad. it., L'istinto del linguaggio, Milano, Mondadori, 1996).

Popper, K. (1979). Objective knowledge. Oxford: Clarendon Press.

Porges S. W. (2011). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York: W.W. Norton & Company (Trad. it.: La teoria polivagale: fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione, Roma, Fioriti, 2012).

Prigerson H. G., Maciejewski P. K. (2005–2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria of complicated grief proposed for DSM-V. Omega: The Journal of Death and Dying, 52, 9–19.

Ranasinghe P.D., Levy B.R. (2007). Prevalence of and sex disparities in posttraumatic stress disorder in an internally displaced Sri Lankan population 6 months after the 2004 Tsunami. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 1(1), 34-41.

Read K.M., Kufera J.A., Dischinger P.C., Kerns T.J., Ho S.M., Burgess A.R., Burch C.A. (2004). Lifealtering outcomes after lower extremity injury sustained in motor vehicle crashes. Journal of Trauma 57, 4, 815-823.

Rodriguez J.J., Kohn R. (2008). Use of mental health services among disaster survivors. Current Opinion in Psychiatry, 21 (4), 370-378.

Sandler J. (1981). La ricerca in psicoanalisi. Vol. 2: Verso un nuovo modello concettuale. Torino, Bollati Boringhieri.

Sbattella F., Tettamanzi M. (2007). Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali. Milano: Diritti allo Studio, Università Cattolica.

Sbordone R.J, Liter J.C. (1995). Mild traumatic brain injury does not produce post-traumatic stress disorder. Brain Injury, 9, 4, 405–412.

Schaefer J., Moos R. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun (Eds.), Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Schuster M.A., Stein B.D., Jaycox L., Collins R.L., Marshall G.N., Elliott M.N., Zhou A.J., Kanouse D.E., Morrison J.L., Berry S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. New England Journal of Medicine, 345 (20), 1507-12.

Scotti J.R., Ruggiero K.J., Rabalais A.E. (2002). The Traumatic impact of motor vehicle accidents. In La Greca, Silverman, Vernberg, Roberts (Eds), Helping Children Cope with Disaster and Terrorism. Washington, DC: America Psychological Association.

Semi A. (1989). Psiconevrosi e trauma. In: A. Semi (ed.), Trattato di psicoanalisi. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Servadei F., Ciucci G., Piazza G., Bianchedi G., Rebucci G., Gaist G., Taggi F. (1988). A prospective clinical and epidemiological study of head injuries in northern Italy: The commune of Ravenna. Italian Journal of Neurological Sciences, 9 (5), 449-457.

Seynaeve G. (2001). Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency. An European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Brussels: Belgium Ministry of Public Health.

Shalev A.Y., Freedman S., Peri T., Brandes D., Sahar T., Orr S.P., Pitman R.K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. American Journal of Psychiatry, 155 (5), 630– 637.

Shanfield S. B., Swain B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 533–553.

Shengold L. (1989). Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation. New Haven: Yale University Press.

Spaccarelli S., Kim S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 19, 9, 1171-1182.

Spooren D. J., Henderick H., Jannes C. (2000–2001). Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident: A retrospective study of a victim support group. Omega: The Journal of Death and Dying, 42, 171–185.

Stewart M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal, 152, 1423–1433

Stroebe W., Schut H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson (Eds.), Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge, UK: Cambridge University Press (pp. 349–371).

Taku K., Cann A., Calhoun L. G., Tedeschi R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. Journal of Traumatic Stress, 21, 158 –164.

Tehrani N. (2004). Road victim trauma: An investigation of the impact on the injured and bereaved. Counselling Psychology Quarterly, 17, 361–373.
Ursano R.J., Fullerton C.S., Epstein R.S., Crowley B., Kao T.-C., Vance K., Craig

K.J., Dougall A.L., Baum A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. American Journal of Psychiatry, 156, 4, 589–595.

Van Der Kolk B.A., Ducey C. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. Journal of Traumatic Stress, 2 (3), 259-274.

Van Der Kolk B.A., Greenburg M., Boyd H., Kristal J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitter, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post-traumatic stress. Biological Psychiatry, 20, 314-325.

Van Der Kolk B.A., Mcfarlane A.C., Weisaeth L. (1996). Traumatic Stress. New York: The Guilford Press. Trad. it.: Roma, Edizioni Magi.
Varvin, S. (2003). Mental Survival Strategies after extreme traumatisation. Copenhagen: Multivers.

Wald J., Taylor S., Fedoroff I.C. (2004). The challenge of treating PTSD in the context of chronic pain. In S. Taylor (Ed.), Advances in treatment of posttraumatic stress disorder: cognitive-behavioral perspectives, New York, Springer.

Wang M. C., Haertel G. D., Walberg H. J. (1997). Fostering Educational Resilience in Inner-City Schools. Publication Series No. 4. Mid-Atlantic Lab. for Student Success, Philadelphia, PA.

Watzlawich P., Beavin J. H., Jackson D.D. (1967). Pragmatics of Human Communication. A study of interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes. New York: W. W. Norton & Co. (Trad. it., Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi, Roma, Astrolabio, 1971).

Wiener Z (2005). Individual and societal reactions to ongoing terror in Israel. Journal of Ambulatory Care Management, 28, 1, 80-85.

Wilson J. P., Raphael B. (1993) (Eds). International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press.

World Health Organization (2014). Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2015). Global Status Report on Road Safety. Geneva: World Health Organization.

Wreng er M., Lange C., Langer M., Heuft G., Burgmer M. (2008). Psychiatric disorders after an accident: predictors and the influence of the psychiatric condition prior to an accident. European Psychiatry, 23, 6, 434–440.

Yehuda R., MacFarlane A. (1995). Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. American Journal of Psychiatry, 152, 1705-1713.

Zatzick DF, Kang S-M, Muller H.G., Russo J.E., Rivara F.P., Katon W., Jurkovich G.J., Roy-Byrne P. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. American Journal of Psychiatry, 159, 6, 941–946.