

Introduzione

A 16 anni i miei amici avevano tutti la moto. Per non essere tagliato fuori, mi facevo trasportare dagli altri. Un week-end siamo andati in un posto e abbiamo conosciuto delle ragazze. Una mattina siamo andati a trovarle, abbiamo mangiato una pizza insieme e visto che si preannunciava brutto tempo abbiamo deciso di ripartire subito. Io ho proposto di prendere l'autostrada perché era più sicura della strada normale, piena di curve. C'era una curva che abbiamo preso troppo velocemente. Io ero dietro, e nel curvare con la moto abbiamo preso la pedivella. Il mio amico forse si è spaventato ed ha frenato. Siamo caduti contro il guard-rail. All'inizio mi sembrava di morire, perché dalla botta non riuscivo a respirare. Ho tentato di rialzarmi, ma ho visto che una gamba aveva il femore completamente spezzato. La gamba si gonfiava a vista d'occhio, perché un pezzo di femore aveva lesionato l'arteria. Per fortuna, dietro di noi c'erano dei poliziotti in borghese che hanno avvisato l'ospedale: è arrivato subito l'elicottero perché avevano capito che la cosa era grave. Quando sono arrivato all'ospedale ero cosciente solo a momenti. Hanno visto subito la grave lesione all'arteria e mi hanno operato. Dopo ho subito altri tre interventi, ma continuavo ad avere problemi alla gamba per via delle infezioni. Dopo qualche anno di calvario, dentro e fuori dall'ospedale, mi hanno consigliato di amputare la gamba: era troppo compromessa e non sarei mai stato meglio. Mi hanno spiegato che con le protesi moderne avrei potuto fare qualsiasi cosa. Dentro di me non accettavo di essere senza una gamba. Ho avuto parecchi problemi con le protesi, ci vuole molto tempo perché il moncone si stabilizzi in modo da permettere l'innesto di una protesi adeguata. Ho impiegato tre anni, ma poi tutto si è sistemato. Ora ho 31 anni, ho trovato un lavoro ed ho ricominciato a vivere.

Era l'ottobre del 2001, andavo piano, al massimo facevo i 70 all'ora. Ero in una strada di montagna con molte curve e gallerie. Dietro avevo un gruppo di motociclisti. Ad un certo punto mi hanno visto perdere il controllo all'uscita della galleria che avevo imboccato, e andare verso il muro per evitare il burrone. Ho sbattuto la testa contro il muro e si è rotta una

vertebra. L'incidente è stata una cosa stupidissima se considero tutti gli altri che ho fatto in passato, è da una vita che vado in moto. Mi sono fratturato anche delle costole che mi hanno perforato i polmoni. All'ospedale mi hanno messo delle placche sulla schiena e il drenaggio ai polmoni. Esternamente non avevo neanche un graffio, avevo solo la botta presa in testa. Dopo è iniziato tutto il calvario per riprendermi, tutti i dolori. Sono tornato a casa dopo cinque mesi, con una paralisi agli arti inferiori, ed ora mi muovo su sedia a rotelle. Subito non avevo voglia di uscire perché all'ospedale ti senti un po' a casa tua, mentre la vita reale fuori è difficile per uno in carrozzina. I primi tempi alle otto di sera era già a letto, volevo prendere sonno per non sentire il dolore alla gamba e liberare la testa dai pensieri. Dopo due anni ho avuto un assestamento, ora sento molto meno il dolore. Ho 29 anni e mi ritengo fortunato perché ho potuto continuare il lavoro che avevo prima. Anche se ricominciare è stata dura, soprattutto con i colleghi. Avevo un ruolo direttivo, tutti mi obbedivano perché ero un tipo parecchio tosto. Ora mi ubbidiscono perché non hanno il coraggio di ribattere ad uno che non è in piedi. Certe volte mi prendono in scarsa considerazione. È difficile farsi valere dalla sedia. La difficoltà più grossa è questa.

Era il marzo dell'anno scorso, cioè il marzo del 2002. Ero in macchina ma non guidavo io. Io ero una passeggera e sono stata l'unica a farsi male. La strada era bagnata, la macchina è slittata ed è andata a scontrarsi contro un guard-rail. Ho avuto una lussazione spinale molto grave, praticamente mi si è staccata la testa dal collo. È stato come un colpo di frusta ma più accentuato. La conseguenza è che non posso muovere neanche un dito, muovo solo le spalle e la testa. E' già tanto che riesco a stare seduta su una carrozzina, respirare autonomamente e parlare tranquillamente. Sono stata ricoverata ed operata nel primo mattino. Ero intubata, per mangiare avevo un tubicino infilato direttamente nello stomaco. Ho subito un secondo intervento e mi sono fatta due mesi in rianimazione. In tutto ho trascorso otto mesi in ospedale, anche se dopo un po' ho cominciato ad andare a casa in permesso durante il fine settimana. Ora abito a casa di mia sorella, sto aspettando che sia finita la casa dove andrò ad abitare. La stiamo adattando alle mie esigenze perché voglio essere il più autonoma possibile nelle cose di tutti i giorni, come accendermi le luci, alzare le

tapparelle, telefonare o andare fuori. Così almeno potrò avere anche dei momenti di privacy perché naturalmente in casa non sarò sola. Durante il giorno ci sono delle assistenti domiciliari che mi lavano e mi mettono sulla carrozzina. Continuo a lavorare da casa, gestisco un'attività commerciale con i miei familiari. Poi sono molto concentrata sulla fisioterapia, quella sarà per tutta la vita perché se non la faccio i legamenti del corpo si bloccano. La prospettiva ora è di passare altri cinque mesi in ospedale per un altro intervento perché vorrei poter fare l'elettrostimolazione dei muscoli da casa, in modo che i muscoli si mantengano attivi. Se non faccio niente, oltre che al blocco dei legamenti perdo anche l'uso dei muscoli e quindi qualsiasi possibilità di recuperare. Cerco di non lasciarmi andare. Ma qualsiasi cosa diventa difficile. Se è già difficile per una persona in piedi, per una seduta lo diventa dieci volte di più. Per chiedere un documento si diventa pazzi.

Questi sono frammenti di alcune delle narrazioni che abbiamo raccolto nel corso del nostro lavoro. A parlare sono uomini e donne che, in giovane età, sono stati coinvolti in incidenti stradali nei quali hanno riportato conseguenze gravi, tali da ridurne in maniera significativa le capacità di movimento ed il livello di autonomia.

Come abbiamo visto, si tratta di incidenti che potremmo definire “banali” nella loro dinamica, inseriti nel quadro delle esperienze comuni della vita ordinaria e pertanto lontani dalla dimensione di extra-quotidianità che caratterizza la discussione pubblica sulle cosiddette “stragi del sabato sera”. Sono queste ultime che tengono desta l'attenzione su un fenomeno che in realtà non è solo legato drammaticamente alle attività di *loisir* della popolazione giovanile¹. Gli incidenti stradali, infatti, costituiscono un fenomeno che abbraccia molte sfere del vivere sociale – dalle attività lavorative a quelle del tempo libero – e che coinvolge diverse categorie di soggetti. E esso riguarda un aspetto centrale dell'organizzazione e dei processi delle società in cui viviamo, ovvero la mobilità delle persone, gli spostamenti da un luogo all'altro indipendentemente dalle distanze che percorriamo e dalle

¹ Il concetto di *loisir*, genericamente traducibile con “svago”, esprime un'area di attività dedicata all'allentamento delle costrizioni sociali presenti nelle occupazioni di non *loisir*. Lo preferiamo al termine “svago” poiché dà maggiormente rilievo al fatto che, anche nelle attività del tempo libero, sono presenti dei limiti nell'espressione e nella ricerca dell'eccitamento [cfr. Elias e Dunning 1989, 79-114].

ragioni che ci spingono a muoverci (divertimento, necessità di lavoro, di sopravvivenza e quant'altro).

L'inquadramento del problema della sicurezza stradale nell'ambito del più ampio tema della mobilità fisica delle persone spiega così la prima parte del titolo del nostro lavoro. Da questo punto vista, legare le esigenze di mobilità al concetto di rischio contribuisce a spostare l'attenzione da un'interpretazione individualistica del rischio – dove esso è pensato come effetto di determinati stili di vita o di condotte comportamentali – all'esistenza di “tensioni” e contraddizioni interne alle società moderne, in cui i sistemi individuali e collettivi di regolazione sono messi a dura prova [cfr. Beck 2000; Bucchi 2001]. Come vedremo, la lettura dei rischi della sicurezza stradale a partire dalle responsabilità individuali dei cittadini è la caratteristica principale del dibattito pubblico e delle misure di contrasto che vengono attivate. Tuttavia, occorre non dimenticare la dimensione più strutturale dei rischi della mobilità, in cui giocano un ruolo decisivo la spinta al consumo di veicoli per la “mobilità privata”, l'alto grado di motorizzazione precoce e la poca attenzione che le istituzioni educative dedicano alla prevenzione degli incidenti [cfr. Censis 2003, 386-395].

Nel quadro della percezione collettiva, la diffusione di massa dei nuovi mezzi di comunicazione ha contribuito a concentrare l'attenzione sull'aspetto virtuale della mobilità. Come se all'interno delle nostre società fossero solo le informazioni – e non anche le persone – a spostarsi. Non è un caso che, se riferito ai soggetti, il tema dello spostamento da un luogo all'altro sembra venire a galla solo quando riguarda gli “altri”, cioè chi intraprende percorsi migratori partendo da contesti nazionali che reputiamo lontani non tanto dal punto di vista geografico, ma da quello socio-culturale.

La centralità che, nell'organizzazione delle nostre formazioni sociali, è occupata dalla mobilità fisica delle persone emerge se ne consideriamo gli effetti negativi. Gli incidenti stradali o con altri mezzi di trasporto sono solamente uno degli elementi di un quadro in cui trovano posto l'inquinamento dell'aria, lo smembramento del territorio e delle comunità in seguito alla costruzione di nuove vie di comunicazione, l'impoverimento delle risorse energetiche. Ma certamente gli incidenti appaiono più direttamente collegabili ai costi impliciti nel nostro modello di sviluppo, e la drammaticità delle conseguenze che producono viene immediatamente percepita.

Se osserviamo i più recenti dati sulla mortalità nel nostro paese [Istat 2003], ci rendiamo immediatamente conto della significatività del fenomeno di cui stiamo parlando. Nel complesso, ciò che l'Istat

chiama “*morti per cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti*” rappresentano una percentuale contenuta della mortalità di uomini e donne. Se ci riferiamo solo a quelle esplicitamente collegate agli incidenti stradali o con altri mezzi di trasporto, si tratta dell’1,34% dell’intera popolazione italiana, con un numero di uomini che è più del triplo di quello delle donne. Nell’anno 2000 in Italia sono decedute 560.121 persone, equamente distribuite tra uomini e donne. Tra tutte le cause di mortalità, l’Istat ne individua 7.530 riferibili ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e marittimi: 5.762 sono uomini e 1.768 sono donne. Le tabelle 1 e 2 mostrano dettagliatamente le dimensioni della mortalità in seguito ad incidenti.

Ma se distinguiamo le vittime in base all’età, emerge che gli incidenti determinano oltre il 41% delle cause di morte delle persone tra i 15 e i 17 anni, oltre il 37% dei soggetti tra i 18 e i 24 anni, e poco meno del 25% di chi ha un’età compresa tra i 25 ed i 34 anni.

Tab. 1. *Morti per cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti, per età – Valori assoluti – Anno 2000.*

Cause di morte	Fasce di età							
	0-9	10-14	15-17	18-24	25-34	35-59	60-79	80 e oltre
Incidenti ferroviari	1	1	3	10	18	43	16	8
Incidenti stradali da veicolo a motore	86	71	242	1.293	1.479	1.914	1.665	512
Incidenti non stradali da veicolo a motore	-	-	-	-	2	10	16	-
Incidenti da altri veicolo stradali	2	1	1	-	5	16	43	11
Incidenti da trasporto per acqua	1	-	1	8	2	3	4	-
Incidenti da trasporto aereo	-	-	-	2	11	17	9	-
Incidenti da altri veicoli non classificabili altrove	-	-	-	-	-	1	1	1
Tot. incidenti (7.530)	90	73	247	1.313	1.517	2.004	1.754	532

Tab. 2. *Morti per cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti, per età – Percentuali sul totale delle morti – Anno 2000.*

Cause di morte	Fasce di età							
	0-9	10-14	15-17	18-24	25-34	35-59	60-79	80 e oltre
Incidenti ferroviari	0,0	0,2	0,5	0,3	0,3	0,1	0,0	0,0
Incidenti stradali da veicolo a motore	2,7	16,6	40,4	37,1	24,2	3,9	0,7	0,2
Incidenti non stradali da veicolo a motore	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Incidenti da altri veicolo stradali	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Incidenti da trasporto per acqua	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Incidenti da trasporto aereo	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Incidenti da altri veicoli non classificabili altrove	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale incidenti (1,34%)	2,8	17,1	41,2	37,7	24,8	4,1	0,8	0,2

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat [2003].

La mortalità conseguente a tali incidenti è solamente uno degli indicatori che possono essere utilizzati per valutare la gravità del problema. Tuttavia, esso appare l'unico elemento su cui si concentrano, influenzandosi a vicenda, la produzione di dati e di informazioni, il dibattito politico sugli interventi e la discussione mediatica che definisce la percezione sociale del fenomeno.

La forte attenzione dedicata agli indici di mortalità sembra potersi legare a due aspetti principali.

Se guardiamo al processo di costruzione dei dati sugli incidenti e sui loro effetti, ciò che viene a galla è l'esistenza di rilevanti difficoltà metodologiche che impediscono di mettere a fuoco le dimensioni dei traumi non mortali, come quelli dei racconti che abbiamo messo in apertura del nostro lavoro. La rilevazione della mortalità in seguito ad incidente – sulla quale peraltro sono stati apportati dei correttivi – appare un compito relativamente semplice in confronto alla dispersione ed alla complessità di raccolta delle informazioni necessarie per sviluppare un'analisi sulla gravità delle lesioni. Ne consegue che, sul piano delle conseguenze ai soggetti coinvolti, la produzione statistica nel nostro paese si limita a distinguere tra morti e feriti, senza aggiungere alcuna informazione

sul livello di gravità di questi ultimi ². In questo senso, la categoria dei “feriti” finisce per acquistare un significato puramente residuale rispetto a quello dei deceduti, unico indicatore “ricco” che permette di monitorare l’andamento delle conseguenze degli incidenti nel tempo. Non è un caso che anche l’efficacia delle politiche di contrasto si misuri quasi esclusivamente attraverso gli indici di mortalità. Ne è un esempio il dibattito che si è sviluppato nel Primo Salone Internazionale della Sicurezza Stradale, organizzato a Verona tra i Ministri competenti dei paesi della Comunità Europea ³.

D’altro canto, se osserviamo le strutture di significato che emergono dal dibattito sugli incidenti stradali, la centralità del tema della mortalità – non solo discusso ma anche raffigurato attraverso le immagini dei media – può essere collegata a processi di rimozione del problema che ne determinano l’espulsione al di fuori dei confini della riflessività collettiva. L’analisi dei significati sociali attribuiti alla morte ha da tempo messo in luce come essa rappresenti probabilmente l’ultimo “tabù” delle società sviluppate [cfr. Allievi 2001]. Il silenzio che attornia questo argomento, così come le pratiche di allontanamento del malato-moribondo-morto dal corpo sociale, indicano la rimozione collettiva di un fenomeno che ci costringerebbe a confrontarci con i limiti e le contraddizioni del nostro vivere, delle nostre abitudini e, in fin dei conti, del nostro modello di sviluppo sociale e culturale [cfr. Bauman 1995].

Lo stesso vale nel caso degli incidenti stradali. La maggior parte di tutto quello che si dice – a cominciare dai resoconti dei media in corrispondenza dei grandi spostamenti di massa – e di tutto quello che si fa in termini di intervento – con l’accento sulle responsabilità individuali – sembra rimuovere la dimensione sociale delle cause e delle conseguenze, così come messo in luce anche da altri osservatori [Censis 2003, 344].

L’intento di dare attenzione e voce a chi sopravvive ai traumi da incidente corrisponde, dal nostro punto di vista, al desiderio di riportare il fenomeno all’interno della sua dimensione sociale e della sua rilevanza per gli assetti della vita collettiva. Un aspetto che in questo senso riteniamo particolarmente rilevante è l’osservazione dei sistemi di sostegno e di cura che rispondono alle esigenze dei traumatizzati.

² Nel panorama europeo, invece, l’indicatore sui feriti è arricchito dalla distinzione tra lievi e gravi.

³ Il Salone di Verona si inserisce nell’ambito degli obiettivi formulati dalla CE in tema di incidenti stradali: la riduzione – entro il 2010 – del 40% del numero di morti e feriti sulle strade.

Se le cause dei traumi possono anche essere “banali”, le conseguenze per le persone coinvolte possono essere estremamente pesanti. Chi riporta menomazioni gravi – come nel caso dei tre frammenti iniziali – passa attraverso una ridefinizione complessiva delle proprie prospettive di vita: sul piano delle attività che può continuare a svolgere o di cui deve cominciare ad occuparsi; sul piano dei contesti relazionali in cui si può o si deve inserire; sul piano dell’identità (*chi sono io?*).

L’approfondimento degli aspetti meno noti legati agli incidenti stradali seguirà diverse direzioni. In primo luogo, attraverso una lettura dei dati e delle informazioni prodotti nel nostro contesto nazionale, tenderemo di fare il punto sull’insieme delle conoscenze di cui attualmente possiamo disporre. In questo senso, il nostro obiettivo non consiste solo nel disegnare i contorni quantitativi del fenomeno degli incidenti stradali, ma anche nel mettere in luce il processo di costruzione dei dati al fine di far emergere gli aspetti che sono lasciati maggiormente in ombra. Come abbiamo già anticipato, la questione per noi fondamentale è la predominanza assegnata agli indici di mortalità. Ma vedremo anche come la produzione statistica sugli incidenti stradali presenti ulteriori e più generali problemi metodologici. Nel corso della trattazione prenderemo in considerazione sia le fonti dirette che quelle indirette; inoltre, faremo riferimento anche ai pochi studi che hanno tentato di mettere a fuoco le dimensioni legate alla qualità della vita delle vittime di incidenti stradali e delle loro famiglie.

In secondo luogo, per fare luce sui traumatizzati da incidenti stradali abbiamo scelto di analizzare da vicino due *case-studies*. Si tratta dell’Ospedale San Bortolo di Vicenza e dell’Ospedale Niguarda Ca’ Granda di Milano. Entrambi sono poli che ricoprono un ruolo significativo nell’ambito della cura delle vittime di incidenti stradali. Attraverso interviste al personale interno ⁴ e la

⁴ Abbiamo avuto colloqui con i seguenti testimoni privilegiati:

- Primario di Medicina Fisica e Riabilitativa dell’Ospedale S. Bortolo di Vicenza;
- Caposala del reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa dell’Ospedale S. Bortolo di Vicenza;
- Caposala del servizio 118 di Vicenza;
- Impiegato del servizio amministrativo ospedaliero di Vicenza;
- Primario dell’Unità Spinale dell’Ospedale Niguarda di Milano;
- Referente del Servizio Qualità dell’Ospedale Niguarda di Milano;
- Referente del servizio 118 dell’Ospedale Niguarda di Milano.

Inoltre, abbiamo condotto interviste in profondità con uno psicologo, una fisioterapista ed un’infermiera dell’Ospedale di Vicenza, con la responsabile

consultazione degli archivi disponibili (per l'anno 2002) abbiamo tentato di raggiungere tre ordini di obiettivi. Per un verso, abbiamo ricostruito i canali di accesso alle cure ospedaliere sulla base della tipologia dei traumi, ed il percorso terapeutico interno. Inoltre, il materiale raccolto ci ha permesso anche di definire – seppure a grandi linee – il panorama degli interventi, ospedalieri e non, in favore delle persone traumatizzate. Per altro verso, abbiamo messo in relazione l'attività terapeutica ospedaliera con il sistema di raccolta e di sistematizzazione dei dati al fine di individuare le possibili fonti di informazione per sondare i livelli di gravità dei traumi da incidente stradale. Questo aspetto metodologico – cui è dedicato l'ultimo capitolo – mostra chiaramente quali siano le difficoltà che concorrono al mancato sviluppo di un'adeguata base informativa sulla realtà di chi sopravvive ad un incidente stradale. Infine, partendo dai dati raccolti dai nostri *case-studies*, abbiamo ricostruito alcuni interessanti aspetti quantitativi riferiti ai soggetti traumatizzati ed all'entità dei traumi riportati.

In terzo luogo, la parola è passata direttamente ai soggetti coinvolti. Abbiamo raccolto dieci interviste in profondità con giovani uomini e donne vittime di incidenti stradali, dai quali sono usciti riportando menomazioni gravi ⁵. In questo caso, il nostro obiettivo consisteva nel far luce su alcuni aspetti della loro vita quotidiana: il loro percorso terapeutico, la distribuzione del lavoro di cura, le ristrutturazioni delle loro reti primarie, i mutamenti intercorsi nelle strutture identitarie.

Infine, la ricerca che in queste pagine presentiamo ci sembra significativa anche da un'altra prospettiva, evocata dalla seconda parte del titolo del nostro lavoro. La discussione sui rischi della mobilità attraverso i diversi aspetti legati a chi sopravvive agli incidenti chiama in causa il tema della disabilità. L'aggettivo “nuove” che abbiamo associato a queste forme di disabilità non fa riferimento né ad una dimensione temporale né al tipo di menomazione che le origina. Infatti, come vedremo, il rapporto tra il numero dei feriti e quello degli incidenti rilevati rimane costante nel

dell'ANMIC (Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi Civili) di Milano e con il responsabile della Fondazione Alessio Tavecchio di Monza. Tutte le interviste in profondità sono state registrate e trascritte per l'analisi.

⁵ Nel dettaglio, si tratta di 6 uomini e 4 donne con un'età compresa tra i 29 e i 38 anni. Di essi, 6 sono paraplegici, 2 hanno subito l'amputazione di una gamba, 1 ha subito un trauma cranico e 1 è tetraplegica. Rispetto alla residenza geografica, 3 abitano a Padova, 3 a Vicenza, 2 a Milano e 2 a Monza. Le interviste sono state registrate e trascritte per l'analisi.

tempo. Ciò che ci sembra “nuovo” è piuttosto il modo con cui guardiamo a queste disabilità. A fronte dell’inesistenza di un dibattito pubblico attorno ai feriti gravi in seguito ad incidenti stradali, abbiamo in precedenza affermato che l’apertura di una finestra su questo mondo sommerso rappresenta un tentativo per arginare il processo di rimozione collettiva dei rischi e dei danni legati alla mobilità. Fare il punto della situazione conoscitiva sui “sopravvissuti” e soprattutto indagarne le ristrutturazione nella vita quotidiana ci permette di mettere in luce in che modo, dopo averne determinato le premesse, la nostra società gestisce le conseguenze degli incidenti stradali o con altri mezzi di trasporto.

In secondo luogo, riteniamo essere “nuovo” anche il tentativo di analizzare la disabilità dal punto di vista della sua dimensione processuale. Come è noto, nel 1980 l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito i riferimenti concettuali attraverso i quali rendere conto dell’aspetto processuale e sociale che, partendo dalla menomazione a carico di un organo o di una funzione cognitiva, può portare l’individuo a diventare disabile o handicappato. L’*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) ha infatti operato una distinzione tra menomazione (*impairment*), disabilità (*disability*) ed handicap. Il primo termine è riferito al danno organico o strutturale a carico dell’individuo; il secondo allo scarto tra la funzionalità del soggetto e gli standard del contesto sociale in cui si trova a vivere; il terzo coglie la condizione di svantaggio che può conseguire ad una menomazione o ad una disabilità. Recentemente, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha ridefinito i termini adottati proprio per dare maggiore risalto alla natura sociale delle condizioni di svantaggio subite dal soggetto. L’*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) ha infatti sostituito i termini *impairment*, *disability* e *handicap* con altri riferimenti linguistici, più adeguati a cogliere le abilità e le condizioni di salute piuttosto che le disfunzionalità. L’ipotesi di fondo, comunque, è sempre la stessa: è nel confronto tra le capacità individuali e gli standard del contesto che si determinano lo stato di salute del soggetto ed il modello di integrazione.

L’istituzione del 2003 quale “Anno europeo per le persone con disabilità” e la collaborazione con la *Fondazione Adecco per le Pari Opportunità* ci forniscono l’occasione per riflettere su un aspetto che, sebbene fondi le sue radici nella concettualizzazione dell’OMS, ci sembra relativamente in ombra nel dibattito sul mondo della disabilità. Si tratta dei processi di ridefinizione del sé e delle proprie

reti sociali di riferimento che devono essere affrontati da chi – dopo aver condotto un’esistenza da “normodotato” – è stato coinvolto in traumi significativi dal punto di vista delle menomazioni ad essi collegate.

Sostanzialmente, ciò che emerge dalle interviste con le vittime di incidenti sono il “farsi” progressivo della disabilità e le percezioni individuali delle interazioni – più o meno svantaggiate – con il contesto sociale di riferimento.

CAPITOLO 1.
LE INFORMAZIONI SUGLI INCIDENTI STRADALI E SULLE
CONSEGUENZE PER LE VITTIME.

Le rilevazioni per tenere sotto controllo le dimensioni quantitative degli incidenti stradali rispondono, oltre che a criteri conoscitivi della realtà sociale, all'esigenza di intervenire e di valutare gli interventi promossi per contrastare un fenomeno che, come abbiamo visto nell'Introduzione, assume proporzioni rilevanti soprattutto per la popolazione più giovane. Ciò spinge a concentrare l'attenzione non solo sul numero di incidenti che si verificano in un determinato periodo di tempo, ma anche sul modo in cui essi avvengono, sulle loro cause, sui soggetti coinvolti e sui danni prodotti.

Le rilevazioni, perciò, si prestano ad essere utilizzate in modi che individuano due campi che si influenzano a vicenda: le riflessioni sul fenomeno e gli interventi per contrastarlo. Da un lato, le informazioni prodotte forniscono indicatori per valutare l'ampiezza del fenomeno e soprattutto l'efficacia delle politiche di contrasto. Dall'altro, le rilevazioni riflettono il bisogno di disporre di informazioni dettagliate che permettano di individuare i possibili ambiti di intervento – ad esempio sulla rete stradale o, come sempre più spesso accade, sui sistemi di regolazione della circolazione stradale – ed i soggetti più a rischio.

In questo contesto, osserviamo subito che la “domanda” di informazioni e dati, così come l'utilizzo di quelli esistenti, per orientare le politiche di sostegno alle persone traumatizzate sembrano essere quasi del tutto assenti.

Quali sono le principali fonti di informazione sugli incidenti stradali? Cosa ci dicono rispetto al fenomeno?

Partiamo dalla prima domanda. La “Prima Conferenza Nazionale sui Traumi della strada”, svoltasi a Roma nel settembre del 2002, ha ricostruito il quadro informativo di riferimento per quanto riguarda il contesto italiano⁶. Nella discussione che qui proponiamo, prenderemo spunto da quanto emerso in quell'occasione, per poi allargare lo sguardo anche agli studi orientati ad approcci qualitativi che possono fornire elementi utili per i nostri obiettivi.

⁶ 24-26 settembre 2002, Roma, Sala Conferenze Camera dei Deputati e Centro Congressi dell'Ospedale Santa Lucia IRCCS. La conferenza è stata curata da Raffaella Amato e Vittoria Buratta dell'Istat.

Cominciamo col distinguere tra le indagini che si occupano del fenomeno in maniera diretta e quelle che lo fanno solo indirettamente. Nel primo gruppo rientrano le statistiche ufficiali curate dall'Istat in collaborazione con l'AcI, che costituiscono la fonte informativa in assoluto più significativa [Istat-Aci 2003]. Le statistiche dell'Istat/Aci prendono in considerazione tutto il territorio nazionale e mettono in relazione la situazione rilevata nel nostro paese con quella degli altri paesi membri della Comunità Europea. Accanto al lavoro dell'Istat/Aci possiamo inserire alcune indagini condotte su bacini territoriali più limitati o su specifici campioni di popolazione, le quali mettono in luce aspetti del fenomeno che risultano trascurati dalle statistiche ufficiali. Per i nostri obiettivi, faremo riferimento in particolare all'indagine sugli incidenti stradali curata dal Comune di Brescia usando i dati delle strutture sanitarie locali nel periodo 1991-94, della quale l'Eurispes ha discusso le conclusioni più significative [1999], e lo studio campionario curato dalla *Federation Europeenne des Victimes de la Route* (FEVR) in collaborazione con la Comunità Europea nel 1995. In questo secondo caso il tema prescelto consisteva nella qualità della vita delle vittime da incidente stradale e delle loro famiglie [FEVR 1995].

Tra le principali indagini che toccano il fenomeno della sicurezza stradale in maniera indiretta possiamo comprendere: l'indagine Istat sulle cause di morte in Italia [cfr. Istat 2003] e sulla popolazione ospedaliera ⁷, i dati dell'Inail sugli infortuni durante il lavoro; i dati dell'Isvap sui sinistri denunciati. Dalla nostra prospettiva, tuttavia, fatto salvo l'interesse per le rilevazioni sulla popolazione ospedaliera e sulle cause di morte, ci sembra opportuno fare riferimento alla recente indagine condotta dal *Gruppo Italiano di Studio Epidemiologico sulle Mielolesioni* (Gisem) sulla popolazione e sulle attività di quei centri riabilitativi che, come vedremo, costituiscono un polo terapeutico e di osservazione privilegiato per i traumatizzati in seguito ad incidente stradale. Non considereremo, invece, le statistiche sulla popolazione con disabilità che, per come sono organizzate, non sono in grado di fornirci

⁷ I dati Istat sulla popolazione ospedaliera raccolgono le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), fonte estremamente preziosa poiché considera in maniera analitica tutti coloro che vengono dimessi dagli istituti ospedalieri. Tuttavia, la struttura delle SDO non ci permette di osservare da vicino il fenomeno di cui ci stiamo occupando. Una discussione più dettagliata delle SDO verrà affrontata nell'ultimo capitolo, al quale rimandiamo.

informazioni utili per osservare il legame tra incidenti stradali e disabilità certificata secondo i criteri istituzionali.

La risposta alla seconda domanda – cosa ci dicono le indagini rispetto al fenomeno – dipende principalmente da tre fattori che incidono gli uni sugli altri: la definizione dell’oggetto d’indagine e delle categorie adottate; le fonti attraverso le quali le informazioni vengono raccolte; la metodologia di raccolta.

Dal momento che le statistiche ufficiali curate dall’Istat in collaborazione con l’Aci forniscono le informazioni più significative, vediamo quali sono le scelte operative che vengono adottate.

1.1. La ricostruzione del fenomeno dalle statistiche ufficiali.

Le statistiche nazionali Istat-Aci si avvalgono delle informazioni raccolte dalle Forze di polizia che, per ogni incidente stradale, compilano il modello “Incidenti Stradali” predisposto dall’Istat. Dal momento che il nostro interesse è strettamente dedicato alle conseguenze degli incidenti sulle vittime, discuteremo in primo luogo gli indicatori che vengono adottati per ricostruire questo aspetto, lasciando sullo sfondo i molti altri contenuti nel modello di rilevazione ⁸. Nel campo dedicato alle conseguenze dell’incidente alle persone, le Forze di polizia hanno a disposizione quattro indicatori:

1. Incolume
2. Ferito
3. Morto entro 24 ore
4. Morto entro 30 giorni

La corretta compilazione del modello, dunque, richiede la collaborazione delle strutture sanitarie presso le quali i feriti sono ricoverati. La trasmissione e la raccolta delle informazioni – su supporti cartacei o informatizzati – avvengono mensilmente. Si tratta di un processo complesso che varia a seconda del bacino territoriale di rilevazione (Comune capoluogo di Provincia, altri Comuni), in cui è previsto l’intervento intermediario di diversi organi istituzionali: il Ministero dell’Interno, il Servizio Statistico del Comune Capoluogo, le Province convenzionate.

Sul piano delle scelte concettuali, la premessa più rilevante riguarda il fatto che l’Istat e l’Aci non si occupano di tutti gli incidenti stradali, ma solamente di quelli che generano danni ad una o più persone e nei quali è rimasto implicato almeno un veicolo ⁹.

⁸ Nel complesso, il modulo consente di raccogliere informazioni su molti aspetti legati all’incidente:

- Luogo, ora e giorno dell’incidente;
- Tipo di strada, tipo di pavimentazione, condizione del fondo stradale e della segnaletica;
- Circostanze dell’incidente e dinamica;
- Veicoli coinvolti;
- Caratteristiche demografiche degli infortunati e dei conducenti;
- Numero complessivo degli infortunati.

⁹ La limitazione del campo di osservazione ai soli incidenti che producono danni alle persone risale al 1992. Fino al 1991, infatti, l’Istat rilevava tutti gli incidenti

Rispetto all'obiettivo del nostro lavoro – ovvero la messa a fuoco degli effetti non mortali a carico delle persone coinvolte in incidenti – questo primo aspetto non può che essere positivo. Ma, per rientrare nel campo di osservazione delle statistiche ufficiali, gli incidenti devono avere altre due caratteristiche definitorie che ai nostri occhi appaiono più controverse. Da un lato, essi devono verificarsi in strade “aperte alla circolazione pubblica”; dall'altro, devono essere stati verbalizzati da un'autorità di polizia (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia Municipale, agenti di pubblica sicurezza)¹⁰. Da questo punto di vista, rimangono dunque esclusi dalle statistiche ufficiali gli incidenti che avvengono in strade private e gli incidenti per i quali si compila la sola “constatazione amichevole”. Si tratta certamente di episodi meno gravi e meno frequenti, ma che non escludono a priori il verificarsi di lesioni più o meno serie alle persone coinvolte, con sintomi che si manifestano solo in momenti successivi all'incidente. A questo proposito può essere utile considerare i risultati dell'indagine compiuta dal Comune di Brescia dal 1991 al 1994 sugli incidenti avvenuti nel suo territorio di competenza [Eurispes 1999]. Attraverso i dati delle strutture sanitarie, degli obitori e delle principali aziende di trasporto di persone, questo studio ha tentato di mettere a fuoco il numero e la tipologia degli incidenti che non venivano contemplati nelle statistiche ufficiali dell'Istat-Aci. Nel corso dei quattro anni considerati, è emerso che, su 3 incidenti registrati dall'Istat, uno sfuggiva alla rilevazione. Tra gli episodi questi, una parte consistente era rappresentata da incidenti leggeri che tuttavia producevano conseguenze anche rilevanti per le persone coinvolte. Si trattava di tamponamenti, di urto e di investimento di pedoni (dove le lesioni si manifestavano dopo qualche tempo dalla caduta), di cadute da veicoli a due ruote, di cadute di passeggeri all'interno di autobus. L'indagine del Comune di Brescia, perciò, porta a galla un aspetto per noi rilevante: l'osservazione dei rischi della mobilità attraverso le informazioni delle strutture sanitarie permette di sondare meglio le conseguenze subite dalle persone che vengono coinvolte.

Continuando con le categorie concettuali adottate, Istat e Acì operano una distinzione tra morti e feriti. In seguito al dibattito che progressivamente si è sviluppato, dal 1999 questa distinzione ha

che procuravano danno alle cose indipendentemente dal coinvolgimento di persone.

¹⁰ In tutta Europa le statistiche sugli incidenti stradali si basano sui verbali delle Forze di polizia.

subito una ridefinizione significativa. Se fino al 1998 la categoria delle persone decedute era composta dai morti entro le 24 ore dall'incidente (i cosiddetti "deceduti sul colpo") e dai feriti che morivano entro il settimo giorno dall'incidente, dal primo gennaio del 1999 ai morti sul colpo si sono aggiunti i feriti che decedono entro il trentesimo giorno dall'incidente¹¹. Questa ridefinizione può essere associata a due conseguenze rilevanti. In primo luogo, essa consegna una lettura più attenta della gravità dei traumatismi a danno delle persone, inserendo nei confini della categoria "deceduti" anche soggetti che prima erano considerati semplicemente come "feriti" al pari di altri con danni e lesioni molto meno gravi. In secondo luogo, l'estensione dal settimo al trentesimo giorno del limite temporale entro cui rilevare la mortalità amplifica l'importanza della comunicazione tra strutture sanitarie e Forze di polizia e, nel caso questa fosse carente, amplifica le distorsioni statistiche che ne conseguono. Infatti, lo stesso Sistema Statistico Nazionale osserva che *"l'aggiornamento della situazione sanitaria del ferito rappresenta una fase molto impegnativa per le autorità pubbliche che devono stabilire un contatto con le istituzioni sanitarie pubbliche e private per essere informate sulle condizioni del ferito, del suo eventuale trasferimento a diversa struttura e dell'eventuale decesso. Se questa comunicazione non avviene si genera una sottostima dei decessi"* [Istat-Aci 2003, 31].

Questo miglioramento nella definizione dei fenomeni indagati ha permesso alle statistiche ufficiali di ridurre notevolmente la dispersione delle informazioni relative alle conseguenze mortali degli incidenti stradali. Lo scarto tra la mortalità rilevata dalle forze di polizia e quella che emerge dai dati prodotti dalle strutture sanitarie – naturalmente per cause legate agli incidenti – è stato consistente fino all'apporto di tale modifica (corrispondente ad una media attorno al 26%), per poi diminuire in modo sensibile. Sostanzialmente, nel giro di dieci anni il divario tra le due fonti di rilevazione si è ridotto di circa due terzi.

¹¹ Questa definizione della categoria di "morti" è in linea con quella adottata in ambito europeo.

Tab. 3. *Confronto fra il numero dei morti rilevati dalla statistica degli incidenti stradali e da quella delle cause di morte – Anni 1991-1999.*

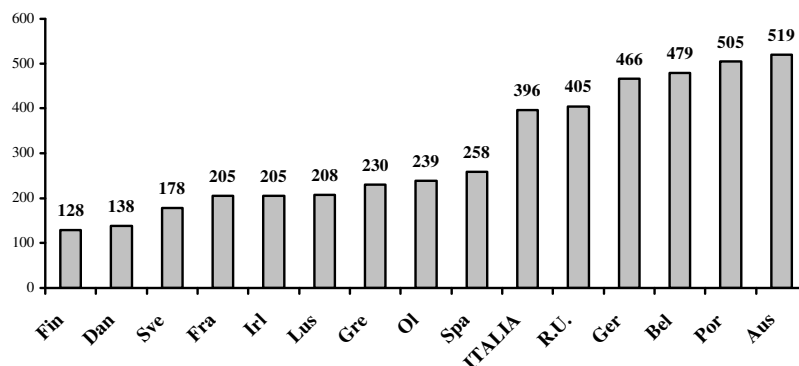
Anni	Morti registrati nelle statistiche di:		
	Incidenti stradali	Cause di morte	Differenza %ale
1991	7.498	9.609	28.2
1992	7.434	9.645	29.7
1993	6.685	8.434	26.9
1994	6.226	8.379	34.6
1995	6.512	8.054	23.7
1996	6.193	7.566	22.2
1997	6.226	7.811	25.5
1998	6.342	8.092	27.6
1999	6.633	7.829	18.0
2000	6.649	7.530	11.7

Fonte: nostra elaborazione dati Istat-Aci [2003] e dati sulle Statistiche di mortalità [Istat 2003].

Il quadro complessivo che emerge utilizzando queste fonti mostra, nell'ultimo ventennio, un aumento del totale degli incidenti di quasi il 40% unitamente ad una diminuzione della mortalità di quasi il 30%. Infatti, nel 1980 in Italia si sono registrati 163.770 incidenti e 9.220 morti, mentre nel 2000 ci sono stati 228.912 incidenti (+ 39,8%) e 6.649 morti (- 27,9%).

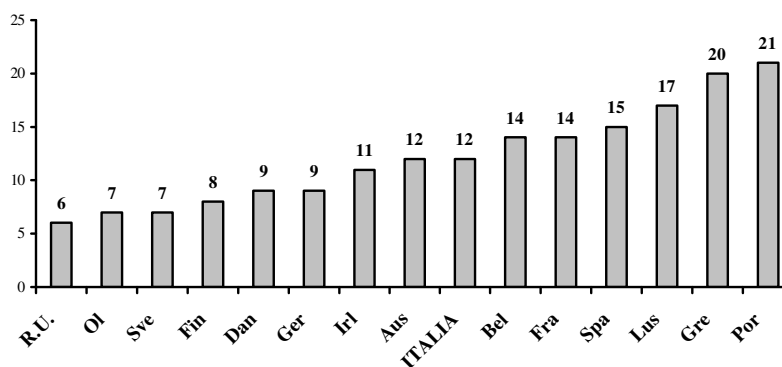
Osservando i dati relativi all'anno 2000, nell'ambito dei paesi della Comunità Europea Italia e Spagna costituiscono gli unici due contesti nazionali in cui si registra un aumento degli incidenti rispetto all'anno precedente. Rapportato alla popolazione residente, l'Italia occupa una posizione di rischio che potremmo definire medio-alta per quanto riguarda il numero di incidenti registrati (cfr. Fig. 1). Ma se invece osserviamo gli indici di mortalità, il livello di rischio del nostro paese scende su posizioni intermedie (cfr. Fig. 2). Purtroppo, non è possibile confrontare i paesi europei rispetto al numero dei feriti.

Fig. 1. Incidenti stradali ogni 100.000 abitanti – Anno 2000



Fonte: Istat-Aci [2003].

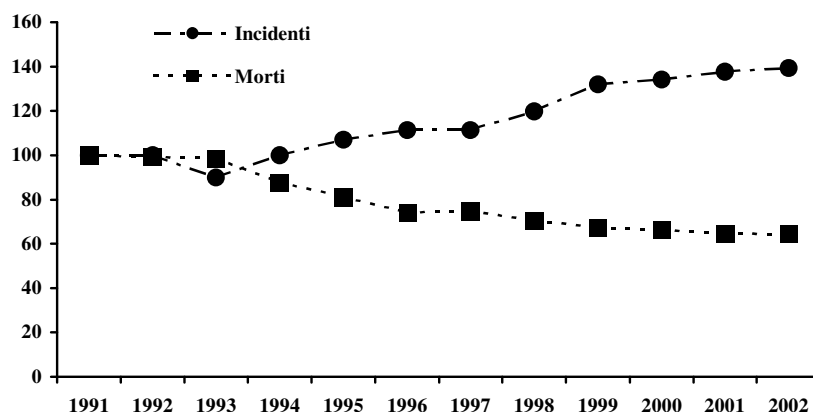
Fig. 2. Morti per incidente stradale ogni 100.000 abitanti – Anno 2000.



Fonte: Istat-Aci [2003].

Prendiamo ora in considerazione la situazione italiana negli ultimi 10 anni. A fronte dell'aumento del numero di incidenti sulle strade – aumento che rispecchia il trend degli ultimi 20 anni – possiamo osservare un contenimento dell'indice di mortalità. I flussi di lungo periodo prodotti dalle statistiche ufficiali mettono in rilievo che l'indice di mortalità nel nostro paese diminuisce di anno in anno, nonostante il numero di incidenti rilevati rispecchi un andamento caratteristico dei contesti ad alta mobilità su strada.

Fig. 3. *Numero di incidenti ed indici di mortalità in Italia, dal 1991 al 2002*¹².



Fonte: dati Istat-Aci [2003].

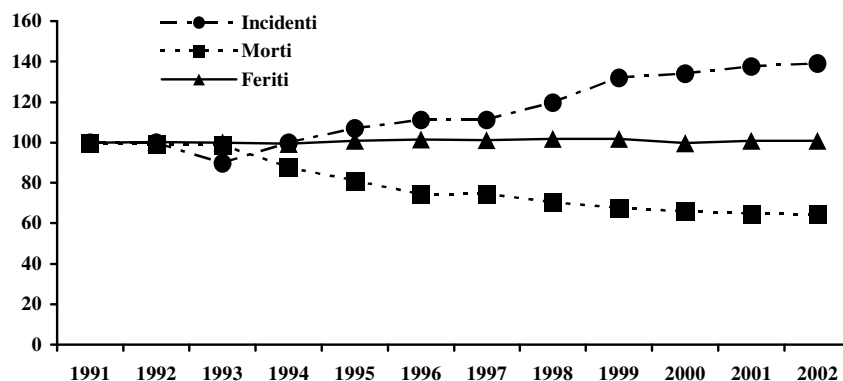
Considerando i dati del grafico di Fig. 3, saremmo autorizzati a pensare che, anche grazie alle misure di contrasto che si sono succedute nel tempo, le condizioni strutturali ed i comportamenti individuali dei cittadini vadano progressivamente migliorando. In sostanza, si ha l'impressione che la nostra società riesca sempre di più a svilupparsi tenendo sotto controllo il livello di sicurezza delle strade e contenendo gli effetti negativi legati ai rischi della mobilità. Il futuro, dunque, ci appare sotto una luce favorevole, sicuramente a tinte meno fosche del passato che ci lasciamo alle spalle ed in linea con un presente in cui cominciamo a raccogliere i primi segnali positivi degli sforzi messi in atto.

Ma la realtà è molto più complessa e le prospettive sono più controverse, quando non addirittura contraddittorie. Se accanto all'indice di mortalità inseriamo anche l'indice riferito ai feriti – non calcolato dall'Istat¹³ – l'analisi del quadro complessivo appare sicuramente meno positiva.

¹² Il 1991 è l'anno di riferimento dove tutti i valori corrispondono a 100. I dati relativi al 2002 sono stati anticipati dall'Istat in occasione del Primo Salone Internazionale sulla Sicurezza Stradale (Verona, 27 ottobre 2003).

¹³ L'indice di mortalità è calcolato dall'Istat dividendo il numero dei morti per il numero di incidenti e moltiplicando il risultato per 100. Con lo stesso procedimento abbiamo calcolato l'indice dei feriti.

Fig. 4. Confronto tra numero di incidenti, indice di mortalità ed indice dei feriti, dal 1991 al 2002.



Fonte: dati Istat-Aci [2003].

Tab. 4. Incidenti stradali, morti e feriti in Italia – Anni 1991-2001.

Anni	Incidenti	Morti	Feriti	Indice mortalità	Indice feriti
1991	170.702	7.498	240.688	4,39	141,00
1992	170.814	7.434	241.094	4,35	141,14
1993	153.393	6.645	216.100	4,33	140,88
1994	170.679	6.578	239.184	3,85	140,14
1995	182.761	6.512	259.571	3,56	142,03
1996	190.068	6.193	272.115	3,26	143,17
1997	190.031	6.226	270.962	3,28	142,59
1998	204.615	6.342	293.842	3,10	143,61
1999	225.187	6.662	322.512	2,96	143,22
2000	228.912	6.649	321.603	2,90	140,49
2001	235.142	6.682	334.679	2,84	142,33
2002	237.812	6.736	337.878	2,83	142,08

Fonte: nostra elaborazione dati Istat-Aci [2003].

La valutazione della gravità degli incidenti stradali, dunque, appare piuttosto controversa. Se, da un lato, guardiamo al rapporto tra il numero totale degli incidenti e quello dei morti, è indubbio concludere che negli ultimi 10 anni la sicurezza stradale è progressivamente migliorata, soprattutto considerando che dal 1999

in poi il numero dei morti è aumentato anche per effetto del mutamento del sistema di raccolta dei dati. Ed, in effetti, nella discussione pubblica è l'aumento o la diminuzione del numero dei morti che fornisce la chiave per dare significato all'aumento o alla diminuzione del numero degli incidenti rilevati, così come alla valutazione dell'efficacia delle politiche di contrasto.

D'altro canto, se osserviamo il rapporto tra incidenti stradali e persone che rimangono ferite, la capacità di contenimento degli effetti negativi della mobilità appare meno nitida (anche qui dobbiamo considerare che il numero assoluto dei feriti risente – questa volta per difetto – del mutamento nel metodo di raccolta dei dati). Tuttavia, non disponiamo di alcuna informazione sull'entità dei danni subiti dalle persone ferite e, di conseguenza, non sappiamo fino a che livello la sicurezza nelle nostre strade può dirsi migliorata sotto tutti i punti di vista.

Le uniche informazioni che possiamo utilizzare riguardano le variabili demografiche delle vittime. A questo proposito, i valori assoluti indicano che la fascia di età più coinvolta è rappresentata dalle persone dai 30 ai 44 anni, seguita da quella delle persone anziane (oltre i 65 anni). Queste ultime sono particolarmente esposte al rischio di essere investite in quanto pedoni: quasi la metà delle morti in seguito ad investimento di pedone riguarda persone oltre i 65 anni. Tuttavia, nonostante il coinvolgimento delle età adulte e della terza età sia considerevole, non possiamo concludere che la popolazione più giovane sia meno esposta al rischio. Anzi, abbiamo già considerato come i traumi da incidenti rappresentino una causa di morte estremamente diffusa per i soggetti compresi tra i 15 ed i 24 anni, e raggiungano una percentuale molto significativa anche per le persone dai 25 ai 34 anni (cfr. Tab. 2 dell'Introduzione).

Le statistiche Istat sulle cause di morte [cfr. Istat 2003] permettono di mettere in luce il peso dei traumi da incidenti nell'ambito di un numero elevato di altre cause di mortalità. L'Istat presenta i dati accorpando le diverse cause di mortalità in 9 grandi gruppi. Considerando i dati dell'anno 2000 – quelli più recenti –, il quadro che ne emerge è quello illustrato dalla Tabella 4. I traumi da incidenti rappresentano il circa il 73% del totale di ciò che l'Istat definisce come “*cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti*” (cfr. Tab. 4). Nel complesso della popolazione italiana, il loro peso tra le cause di mortalità è molto contenuto, come già messo in luce nelle tabelle dell'Introduzione. D'altro canto, le stesse tabelle ci indicano l'esistenza di fasce di età per le quali gli incidenti

costituiscono un evento estremamente rilevante tra le cause di mortalità.

Tab. 5. *Cause di morte in Italia – Anno 2000.*

Cause di morte per grandi gruppi	Val. assoluti	%
Malattie infettive e parassitarie	1.809	0.65
Tumori	68.187	24.40
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi sensoriali	13.394	4.79
Malattie del sistema circolatorio	132.997	47,60%
Malattie dell'apparato respiratorio	15.859	5,68%
Malattie dell'apparato digerente	12.052	4,31%
Altri stati morbosi	20.948	7,50%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.849	1,38%
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	10.312	3,69%
Totale	279.407	100.00

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat [2003].

Considerando il sesso delle persone infortunate (morti e feriti), emerge una netta prevalenza del numero di uomini su quello delle donne a partire dalla preadolescenza, ovvero in corrispondenza delle età in cui si raggiunge una maggiore autonomia negli spostamenti esterni. Complessivamente, il rapporto tra uomini e donne è pari a circa 2 uomini ogni donna nel caso dei feriti, e di circa 4 uomini per ogni donna nel caso di morti. Si tratterebbe perciò di un fenomeno che coinvolge prevalentemente la popolazione maschile, e ciò riflette la disparità nella distribuzione dell'uso dei mezzi di trasporto privato. Le donne, infatti, usano molto di più i mezzi pubblici per le loro esigenze di mobilità, legate in maniera rilevante alle responsabilità di cura verso gli altri membri del nucleo familiare [cfr. Ruspini 2003, 271; Gender Equality Unit 2001]. Proprio il coinvolgimento delle donne nel lavoro di cura, come vedremo meglio nella discussione delle interviste, costituisce un aspetto estremamente significativo attraverso il quale le donne entrano – per così dire “dalla finestra” – nel quadro del fenomeno che qui stiamo discutendo. Perciò, se da un versante la disomogeneità nella distribuzione dei carichi di cura e del lavoro per il mercato sembra costituire un fattore che protegge le donne dal rischio di incidenti, dall'altro le coinvolge negativamente in termini di costi sociali.

Tab. 6. *Persone infortunate per sesso e classi di età – Anno 2001*

Classi di età	Morti			Feriti		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Fino a 5 anni	29	21	50	1.513	1.348	2.861
6-9	20	12	32	1.515	1.228	2.743
10-14	53	29	82	3.935	2.602	6.537
15-17	137	46	183	11.059	5.351	16.410
18-20	326	88	414	18.294	9.585	27.879
21-24	495	132	627	26.041	14.032	40.073
25-29	594	140	734	33.162	17.297	50.459
30-44	1.203	336	1.539	60.419	32.515	92.934
45-54	498	155	653	20.207	12.433	32.640
55-59	182	72	254	6.897	4.463	11.360
60-64	253	91	344	6.449	4.195	10.644
65 anni ed oltre	908	369	1277	14.924	9.546	24.470
Età imprecisata	320	173	493	8.732	6.937	15.669
Totale	5.018	1.664	6.682	213.147	121.532	334.679

Fonte: Istat-Aci [2003].

Il modulo utilizzato dalle Forze di polizia per la registrazione delle informazioni consente anche di mettere a fuoco quanto gli infortuni da incidente coinvolgano i conducenti, i passeggeri ed i pedoni. Complessivamente, sono i conducenti dei mezzi a subire le conseguenze più gravi. Circa i due terzi dei morti e dei feriti appartengono a questa categoria, mentre i passeggeri rappresentano circa un quarto sia dei morti che dei feriti.

Tab. 7. *Morti e feriti per categoria di utente della strada – 2001.*

Utenti della strada	Morti		Feriti	
	V.a.	%	V.a.	%
Conducenti	4.260	63,8	229.753	68,6
Passeggeri	1.493	22,3	86.877	26,0
Pedoni	929	13,9	18.049	5,4
Totale	6.682	100,0	334.679	100,0

Fonte: Istat-Aci [2003]

Tuttavia, gli infortuni subiti dai pedoni sembrano essere più gravi di quelli a carico dei conducenti o dei passeggeri. Infatti, i morti ogni 100 feriti sono circa 5 nel caso si tratti di pedoni, mentre sono meno di 2 se ad essere coinvolti sono conducenti o passeggeri. Ciò può essere spiegato da due fattori. Da un lato, va tenuto conto

dell'entità dei rischi di infortunio che possono derivare dall'essere investiti da un mezzo in corsa. Dall'altro, occorre considerare che quasi la metà dei pedoni deceduti è costituita da persone oltre i 65 anni, ovvero da soggetti che presumibilmente hanno minori capacità fisiche per fare fronte ai traumi che subiscono.

Al fine di ricostruire i termini del dibattito pubblico attorno al problema degli incidenti stradali ci sembra importante esaminare la rilevazione delle cause. L'importanza di questo aspetto emerge anche dalla prospettiva delle misure di contrasto attivate dagli organi istituzionali.

L'analisi discorsiva del problema e gli interventi proposti e realizzati assegnano un ruolo assolutamente centrale alle responsabilità individuali. Soprattutto nelle rappresentazioni mediatiche, gli incidenti stradali vengono interpretati in relazione alla mobilità da *loisir*, cioè relativa alle dimensioni del divertimento e dello svago. Spesso, l'aspetto delle responsabilità individuali e della mobilità da *loisir* vengono collegati, come accade quando l'accento è messo sulle cosiddette "stragi del sabato sera". Ma occorre rilevare che la centralità occupata dal tema delle responsabilità individuali può essere determinata anche da una distorsione del modulo di raccolta dei dati, che sembra favorire una netta sopravvalutazione dei fattori comportamentali individuali. Ciò che non è possibile stabilire è il contesto in cui collocare le condotte dei soggetti. Un indicatore significativo, che tuttavia non viene rilevato, può essere individuato nel modo in cui gli infortunati hanno impiegato il tempo prima del verificarsi dell'incidente.

Un esempio ci può essere d'aiuto per chiarire meglio il modo in cui l'enfasi sulle responsabilità individuali può dipendere anche da come le informazioni vengono raccolte. Se l'obiettivo è determinare le cause dell'incidente, l'attribuzione individuale della responsabilità può non essere un elemento sufficiente. Durante la medesima fascia oraria, lo stesso comportamento del conducente – come ad esempio un colpo di sonno durante la guida – assume significati diversi se viene contestualizzato nell'ambito di una serata in discoteca oppure dopo un turno di lavoro notturno. Quest'ultimo è il caso di Flavia¹⁴, una delle persone che abbiamo intervistato nel corso del nostro lavoro:

¹⁴ Flavia e tutti gli altri nomi che useremo non corrispondono alla vera identità delle persone che abbiamo intervistato. Si tratta di nomi di fantasia.

Ho avuto l'incidente a 23 anni, dunque 15 anni fa. In quel periodo avevo due lavori. Uno era in un bar, l'altro in una pizzeria. La conseguenza è che dormivo poco alla notte. La sera in cui ho fatto l'incidente erano già mesi che non dormivo come una persona normale, ma dormivo due ore a notte. Naturalmente il fisico ne risentiva. Nel luglio del 1988 ho avuto questo incidente verso le due di notte. Ho preso un colpo di sonno e ho beccato l'ultimo albero che c'era in tutta la statale. Ho avuto una lesione del midollo spinale.

Nelle statistiche ufficiali, incidenti come questo vengono attribuiti alla responsabilità individuale del conducente, senza aggiungere altri elementi in grado di definire una adeguata rappresentazione della dinamica complessiva. In questo modo, il comportamento di guida di Flavia – data la fascia oraria – risulta del tutto riconducibile allo stereotipo della “vittima del sabato sera”.

Per quanto riguarda le cause accertate o presunte degli incidenti, l'Istat individua quattro grandi categorie:

- cause riferibili al comportamento di guida del conducente;
- cause riferibili ai pedoni; cause riferibili a difetti o avarie del veicolo;
- cause riferibili allo stato psico-fisico;
- inconvenienti di circolazione concomitanti.

Nella tabella che riportiamo, i grandi gruppi di cause sono evidenziati in neretto, mentre le righe non evidenziate rappresentano gli esempi più significativi della categoria nella quale sono inseriti.

Tab. 8. *Incidenti, morti e feriti secondo le circostanze accertate o presunte – Anno 2001.*

Circostanze	Valori assoluti			Valori percentuali		
	Incid.	Morti	Feriti	Indic.	Morti	Feriti
Riferibili al conducente	143.061	3.129	206.376	60,8	46,8	61,7
Altre circostanze	24.647	489	32.079	10,5	7,3	9,6
Distanza di sicurezza	22.888	275	35.497	9,7	4,1	10,6
Guida distratta	22.362	609	31.483	9,5	9,1	9,4
Eccesso di velocità	20.438	952	32.285	8,7	14,2	9,6
Inconv. concomitanti	75.541	2.941	108.038	32,1	44,0	32,3
Stato psico-fisico	2.578	158	3.730	1,1	2,4	1,1
Ebbrezza da alcool	1.690	46	2.591	0,7	0,7	0,8
Riferibili ai pedoni	4.444	197	4.987	1,9	2,9	1,5
Attraversamento strada	2.681	111	3.025	1,1	1,7	0,9
Avarie del veicolo	310	14	507	0,1	0,2	0,2
Rottura freni	126	3	221	0,1	0,0	0,1
Circostanze imprecisate	34.900	1.554	48.511	14,8	23,3	14,5
Altro	9.208	234	11.041	3,9	3,6	3,3
Totale	235.142	6.682	334.679	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat-Aci [2003].

Dai dati riportati nella Tabella 5 emerge, in effetti, come la maggior parte degli infortuni sia generata da cause imputabili al comportamento di guida del conducente.

Vale la pena sottolineare come, nell'ambito della costruzione sociale del problema, la rilevanza della responsabilità individuale emerge anche dalla prospettiva delle persone coinvolte. Consideriamo ad esempio le parole di una delle nostre intervistate:

Non ho fatto niente per meritare questo, è una cosa che è successa a me ma poteva capitare a chiunque. Non ho niente da rimproverarmi, non sono stata causa di quello che mi è successo.

Dai racconti dei traumatizzati che abbiamo intervistato, il tema della “colpa individuale” appare una dimensione di senso che, in ogni caso, non è possibile eludere nell'elaborazione dell'esperienza. La responsabilità individuale, cioè, ha un suo peso non solo nel quadro della discussione pubblica del fenomeno, ma anche nel processo di ridefinizione del sé al quale sono sottoposte le vittime.

Le tipologie di incidenti più frequenti (circa i tre quarti del totale) consistono nelle diverse dinamiche di scontro tra veicoli, i quali producono la grande maggioranza dei feriti ma poco più della metà dei morti. Nel caso invece degli incidenti “a veicoli isolati”, un'incidenza significativa è rappresentata dalle uscite di strada e

dagli investimenti di pedoni. Si tratta di dinamiche alle quali, come abbiamo già considerato parlando dei pedoni, può essere imputato un alto livello di gravità in considerazione dei traumi che producono.

Tab. 9. *Incidenti e infortunati secondo il tipo di incidente – Anno 2001.*

Tipo di incidente	Incidenti		Morti		Feriti	
	Val. ass	%	Val. ass	%	Val. ass	%
Scontro tra veicoli	181.138	77,03	3.897	58,32	268.824	80,32
Inc. veicoli isolati	54.004	22,97	2.785	41,68	65.855	19,68
Uscita di strada	22.101	9,40	1.296	19,40	28.570	8,54
Invest. Pedoni	16.427	6,99	836	12,51	18.484	5,52
Urto con ostacolo	8.802	3,74	509	7,62	11.377	3,40
Totale	235.142	100,00	6.682	100,00	334.679	100,00

Fonte: nostra elaborazione dati Istat-Aci [2003].

Non è semplice determinare il peso delle cosiddette “stragi del sabato sera” sul totale degli incidenti registrati, così come non è agevole stabilire quanti incidenti siano legati a spostamenti per esigenze di lavoro. Questo perché – come abbiamo già visto – il modulo di raccolta dati non prevede una sezione per rilevare come è stato impiegato il tempo nelle ore precedenti l’incidente. Tuttavia, l’Istat utilizza un indicatore indiretto, rappresentato dal giorno della settimana e dall’ora in cui si verifica l’incidente. Su questa base, emerge che poco meno della metà degli incidenti, delle morti e dei feriti avvengono durante le ore notturne del venerdì e del sabato.

1.2. Le vittime che sopravvivono agli incidenti stradali.

Nel paragrafo precedente abbiamo visto che le rilevazioni sugli incidenti hanno potuto beneficiare di un consistente sforzo nella definizione dei fenomeni e nei metodi di raccolta delle informazioni, a tutto vantaggio di una maggiore aderenza alla realtà degli indici di mortalità. Ma abbiamo anche potuto constatare che le stesse fonti non sono in grado di fornire adeguate informazioni sulla categorie dei “feriti”, e che tale *gap* conoscitivo non consente di utilizzare gli indicatori legati ai “sopravvissuti” per valutare il livello complessivo dei rischi legati alla mobilità. L’entità dei traumi non mortali, il tipo di lesioni prodotte, i bisogni sanitari cui esse danno vita e, più in generale, la vita quotidiana dei traumatizzati costituiscono campi di indagine rispetto ai quali le fonti fin qui considerate non possono dire molto.

Un indicatore indiretto delle conseguenze subite dalle vittime della strada è individuabile nella discussione sul tema dei “costi sociali” generati dagli incidenti stradali. Si tratta di una ricostruzione affrontata da una prospettiva di tipo economicistico, tesa cioè a monetizzare gli aspetti legati alla perdita della capacità produttiva degli infortunati (morti e feriti), alle cure sanitarie ed alle esigenze riabilitative, ai danni materiali ed assicurativi. A questi fattori si aggiunge la stima monetaria dei “costi umani”, vale a dire dei danni morali e biologici sofferti dai familiari dei deceduti, dagli invalidi gravi e lievi.

La tabella che riportiamo ci può fornire alcune indicazioni utili per i nostri scopi. Se osserviamo la stima dei costi generati dalle persone che riportano conseguenze non mortali, vengono alla luce due aspetti rilevanti.

Tab. 10. *I costi sociali degli incidenti stradali – Anno 2001*
(in miliardi)

Capitoli di spesa	EUR	%
Mancata produzione presente e futura	9,42	27,86
Delle persone decedute	4,33	12,81
Degli inabili permanenti	2,99	8,84
Degli inabili temporanei	2,10	6,21
Valutazione delle voci di danno alla persona	5,52	16,33
Danno morale ai superstiti dei deceduti	3,64	10,77
Danno morale per invalidità grave	0,91	2,69
Danno biologico per invalidità lievi	0,97	2,87
Costi assistenziali e assimilabili	0,61	1,80
Spese ospedaliere e di pronto soccorso	0,60	1,77
Spese per riabilitazione	0,01	0,03
Danni materiali e altri costi	18,26	54,01
Danni materiali	13,83	40,91
Spese per assicurazione RCA	2,56	7,57
Spese per rilievo incidenti da parte delle Forze di polizia	1,77	5,24
Costi giudiziari	0,10	0,30
Totale	33,81	100,00

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat-Aci [2003].

In primo luogo, la valutazione monetaria della perdita della capacità lavorativa a carico di questi soggetti – siano essi inabili permanenti o temporanei – supera quella conseguente alla mortalità. Da questo punto di vista, i 334.679 feriti registrati per l'anno 2001 rappresentano un indicatore più negativo – o meno positivo – dei 6.682 morti dello stesso anno, indicatore che come abbiamo visto fotografa una situazione complessiva di contenimento della gravità del fenomeno.

In secondo luogo, osserviamo come i “sopravvissuti” e le loro famiglie ricevano un riconoscimento limitato dei danni subiti al di là della stima della mancata capacità di reddito. Da un lato, questo limite di riconoscimento si riscontra nella mancanza di un risarcimento alla famiglia per danni morali conseguenti allo stato di disabilità dell'infortunato. Infatti, questo riconoscimento monetario della sofferenza psicologica spetta ai familiari solo in caso di morte della persona che subisce l'incidente. Dall'altro lato, la spesa pubblica per la riabilitazione extra-ospedaliera rappresenta la categoria di costo in assoluto meno rilevante, pur in presenza di un livello di menomazioni che – almeno secondo le altre voci di costo ad esse collegate – appare tutt'altro che trascurabile. In entrambi i casi, quello che emerge è una sostanziale “invisibilità” dei

sopravvissuti e delle loro difficoltà nel quadro della più ampia discussione pubblica dei costi sociali legati ai rischi della mobilità.

Seppure in maniera indiretta, uno sguardo più dettagliato sulle lesioni in seguito ad incidenti stradali giunge da una indagine curata dal *Gruppo Italiano di Studio Epidemiologico sulle Mielolesioni* (Gisem), secondo il quale i traumi della strada costituiscono la più diffusa causa traumatica di lesioni vertebro-midollari. Lo studio del Gisem è stato condotto sulla popolazione in cura presso 37 centri italiani specializzati nel trattamento delle mielolesioni, dal febbraio del 1997 al gennaio 1999 [Spizzichino 2000].

Nel periodo di osservazione sono stati registrati complessivamente 2.210 ingressi, dei quali i due terzi in seguito ad eventi traumatici. Tra i 1.491 mielolesi per cause traumatiche, circa la metà (715) sono stati registrati come primo ingresso. La parte restante comprendeva sia le riammissioni per ulteriori cicli di terapia che il trasferimento di paziente proveniente da un'altra struttura. I dati sull'eziologia di questi primi ingressi mostrano come gli incidenti stradali costituiscano la principale causa delle lesioni e dei ricoveri registrati [Zampolini 2000].

Tab. 11. *Eziologia dei primi ingressi nei centri per mielolesioni – Febbraio 1997-Gennaio 1999.*

Causa delle lesioni	Valori percentuali
Incidenti in auto	38%
Incidenti in moto	14%
Incidenti in bici/pedoni	3%
Cadute	22%
Sport	8%
Tentativi di suicidio	4%
Armi	2%
Altro	9%
Totale	100%

Fonte: dati Gisem [Zampolini 2000].

Sommando gli incidenti in automobile con quelli in moto, in bicicletta o ai danni di pedoni, i traumi della strada costituiscono il 55% delle cause di ricovero per lesioni midollari. Nel 21% dei casi, tali incidenti sono occorsi durante il lavoro. La popolazione più colpita – in linea con l'andamento complessivo degli incidenti rilevato dall'Istat – è quella maschile, soprattutto dai 20 ai 25 anni.

Per quanto riguarda le conseguenze legate ai traumi, in poco meno della metà dei casi si sono determinate condizioni di paralisi totali, in poco più della metà si sono verificate paralisi parziali.

Per sondare la dimensione di vita quotidiana delle persone vittime di incidenti stradali e delle loro famiglie, resta di fondamentale importanza l'indagine – seppure piuttosto datata – promossa dalla *Federation Europeenne des Victimes de la Route* (FEVR). Attraverso la collaborazione con 16 associazioni europee – tra cui 3 italiane – nel 1995 la FEVR ha raccolto 1.364 questionari contenenti domande sulle vittime, sulla dinamica degli incidenti, sul processo riabilitativo, sulla gestione penale ed assicurativa, sull'impatto psicologico dell'evento – del trauma o della morte della vittima – e sulle sue conseguenze lavorative e per la vita familiare in generale. Il 59% dei questionari è stato restituito da famiglie di morti per incidenti stradali; il 41% da parenti di vittime rese invalide o dagli invalidi stessi.

Le risposte ottenute permettono di valutare i “costi sociali” conseguenti ai traumi della strada al di là di una loro riduzione in termini economici. Sostanzialmente, l'indagine della FEVR mette in luce tre aspetti principali.

Il primo consiste nella denuncia, da parte della grande maggioranza delle famiglie e delle vittime interpellate, dello stato di “abbandono” nel quale vengono a trovarsi dopo l'incidente. In particolare, si lamenta il fatto che non vengono fornite informazioni adeguate né sul piano giuridico né su quello dei servizi socio-sanitari e riabilitativi presenti nel territorio.

Il secondo chiama in causa la scarsa qualità delle risposte e dei servizi che vengono forniti. Mentre poco meno della metà dei rispondenti si dichiara insoddisfatto delle cure ricevute, una grande maggioranza lamenta insoddisfazione nel rapporto con le assicurazioni. L'entità ed i ritardi negli indennizzi generano, infatti, rilevanti problemi di ordine finanziario cui si deve far fronte con risorse private. Merita una particolare attenzione il trattamento dei traumi cranici. Solo un terzo dei traumatizzati riesce a ristabilirsi entro tre anni dall'incidente; un traumatizzato su cinque guarisce dopo tre anni, mentre quasi la metà delle vittime con trauma cranico riporta conseguenze neurologiche e cerebrali permanenti. Le conseguenze più comuni sono la perdita della memoria e della capacità di concentrazione, l'incapacità di svolgere le mansioni quotidiane e, in misura minore, la compromissione del linguaggio

verbale. A fronte di ciò, i riconoscimenti legali dei danni riportati sono giudicati del tutto insoddisfacenti.

In terzo luogo si prende in considerazione l'impatto degli infortuni sulla vita quotidiana dei nuclei familiari. Per molti versi, questo è l'aspetto più rilevante poiché mette in evidenza che la vittima ed il suo contesto familiare sono costretti a fronteggiare considerevoli e sofferte ristrutturazioni del sistema di vita. Innanzitutto, la dimensione della sofferenza psicologica costituisce una condizione estremamente comune sia per la vittima che per i membri della sua famiglia. È evidente come quest'ultima conclusione – vale a dire la presenza di una diffusa condizione di sofferenza psicologica anche nelle famiglie dei Sopravvissuti – funga da contraltare alla mancanza di riconoscimento economico del danno morale, così come emerge dalla valutazione dei costi sociali nel contesto italiano. I sintomi con cui tale sofferenza si manifesta consistono nella perdita di interesse per le attività quotidiane, nella depressione, in attacchi d'ansia e nella perdita di fiducia in sé stessi. La situazione peggiore è quella dei familiari delle persone decedute, che dichiarano propositi di suicidio con una percentuale significativa (il 37%, che dopo tre anni calano al 26%). Inoltre, ci sembra rilevante il fatto che nella grande maggioranza dei casi nell'ambito del sistema familiare, vittime comprese, si siano registrati degli abbandoni o dei mutamenti di segno negativo per quanto riguarda l'occupazione e le carriere professionali.

1.3. La realtà degli incidenti stradali dalla prospettiva di due servizi ospedalieri.

Le due indagini cui abbiamo fatto riferimento ci hanno fornito alcuni ma limitati elementi per far luce sull'entità dei traumi non mortali. Nel nostro lavoro abbiamo scelto di affrontare questi aspetti attraverso un'indagine su due *case-studies* di Ospedali del Nord Italia (Vicenza e Milano). Il nostro obiettivo consisteva nel sondare gli effetti negativi della mobilità dal punto di vista di chi si occupa del soccorso e della cura delle vittime. Per una discussione sulla contestualizzazione dei due *case-studies* nel panorama dell'incidentalità italiana e sul metodo seguito per la raccolta delle informazioni rimandiamo al capitolo finale. In queste pagine ci concentreremo sulla valutazione complessiva del fenomeno. In particolare, cercheremo di rispondere alle seguenti domande: in che misura i rischi della mobilità influiscono sull'attività dei centri di soccorso e di cura? Chi sono le vittime che chiedono aiuto? Di che entità sono le lesioni che subiscono e quali cure ricevono?

L'ipotesi che ci ha indotto ad interpellare una fonte diversa da quella adottata dalle statistiche ufficiali è quella già emersa dall'indagine promossa dal Comune di Brescia. Se la prospettiva delle Forze di polizia si è rivelata più attenta alle conseguenze mortali degli incidenti, il punto di osservazione delle istituzioni sanitarie aveva permesso ai curatori dell'indagine bresciana di ricostruire con più aderenza alla realtà il quadro delle vittime della strada, con una maggiore capacità di rilevare gli incidenti subiti dai cosiddetti "soggetti deboli" (pedoni, ciclisti e motociclisti). Nel nostro caso, abbiamo inteso andare ancora più a fondo, tentando una valutazione dell'entità dei danni e del lavoro di soccorso e di riabilitazione necessario per ripristinare livelli accettabili di salute.

L'attività del "Servizio 118" dell'ospedale Niguarda Cà Granda di Milano si riferiscono ad un bacino di utenza che comprende gli abitanti di tutta la provincia milanese. Dai dati raccolti nel corso di un intero anno di lavoro – il 2002 – emerge che i traumi da incidente stradale rappresentano in assoluto il secondo motivo di richiesta di soccorso, di missioni effettuate e di soccorsi effettivamente prestati. In termini percentuali, gli incidenti stradali

hanno un peso non trascurabile nell'attività di pronto soccorso della provincia di Milano ¹⁵. La tabella 12 mostra i dati nel dettaglio.

Tab. 12. *Richieste di soccorso, soccorsi e missioni effettuate – Anno 2002.*

Motivo	Richieste			Soccorsi			Missioni		
	V.a.	% tot	% ev.	V.a.	% tot	% ev.	V.a.	% tot	% ev.
Eventi medici E altro	169.089	66,9	100,0	148.905	69,4	100,0	157.212	68,2	100,0
Medico acuto	156.965	62,1	92,8	138.388	64,5	92,9	146.108	63,4	92,9
Non noto	5.710	2,3	3,4	5.033	2,3	3,4	5.302	2,3	3,4
Intossicazione	5.191	2,0	3,1	4.524	2,1	3,0	4.749	2,0	3,0
Altro	474	0,2	0,3	391	0,2	0,3	425	0,2	0,3
Animali	331	0,1	0,2	254	0,1	0,2	275	0,1	0,2
Trasferimento	238	0,1	0,1	160	0,1	0,1	169	0,1	0,1
Prevenzione	158	0,1	0,1	142	0,1	0,1	170	0,1	0,1
Trasporto	22	0,0	0,0	13	0,0	0,0	14	0,0	0,0
Eventi traum.	83.642	33,1	100,0	65.613	30,6	100,0	73.216	31,8	100,0
Inc. stradale	41.412	16,4	49,5	27.812	13,0	42,4	33.604	14,6	45,9
Caduta	25.391	10,0	30,4	23.173	10,8	35,3	23.839	10,3	32,6
Inc. infortunio	6.861	2,7	8,2	6.126	2,9	9,3	6.520	2,8	8,9
Evento violento	5.562	2,2	6,6	4.738	2,2	7,2	5.161	2,2	7,0
Socc. persona	3.334	1,3	4,0	2.914	1,4	4,4	2.982	1,3	4,1
Evento di massa	1.032	0,4	1,2	817	0,4	1,2	1051	0,5	1,4
Inc. ferroviario	18	0,0	0,0	13	0,0	0,0	30	0,0	0,0
Calamità natur.	17	0,0	0,0	10	0,0	0,0	16	0,0	0,0
Inc. aria	7	0,0	0,0	3	0,0	0,0	5	0,0	0,0
Inc. acqua	6	0,0	0,0	6	0,0	0,0	7	0,0	0,0
Inc. montano	2	0,0	0,0	1	0,0	0,0	1	0,0	0,0
Totale	252.731			214.518			230.428		

Fonte: Dati dalla “Centrale Operativa Emergenza Urgenza 118”, ospedale Niguarda di Milano.

Il “numero richieste” corrisponde al numero effettivo delle chiamate ricevute. Il “numero soccorsi” indica gli interventi a cui è

¹⁵ Purtroppo non è stato possibile disporre in maniera adeguata dei dati del “Servizio 118” dell'ospedale San Bortolo di Vicenza, anch'esso punto di riferimento per tutto il territorio della provincia. Per approfondimenti rimandiamo al capitolo finale.

seguito il trasporto in ospedale, e coincide con il numero delle persone sottoposte a cure, anche se non è possibile quantificare quante di queste vengano effettivamente ricoverate. Il “numero di missioni” consiste nelle uscite effettuate dai mezzi. È necessario considerare che non sempre una missione si risolve in un trasporto in ospedale. Sia i cosiddetti codici bianchi (ferito non bisognoso di cure ospedaliere) sia i codici neri (persona deceduta) non rientrano nelle competenze del servizio di emergenza e vengono (o dovrebbero essere) lasciati a terra. In questi casi l’uscita si è rivelata non necessaria ed il mezzo rientra in sede senza il paziente: è stata eseguita la missione ma non il soccorso.

La causa “incidente stradale” presenta una notevole differenza tra le chiamate ricevute e i soccorsi effettivi. Un’ipotesi interpretativa può essere che, verificandosi l’evento in un luogo pubblico, è molto più facile che arrivino più segnalazioni dello stesso incidente. E’ plausibile che eventuali testimoni, i passanti, le persone coinvolte effettuino una o più chiamate per la richiesta di soccorsi.

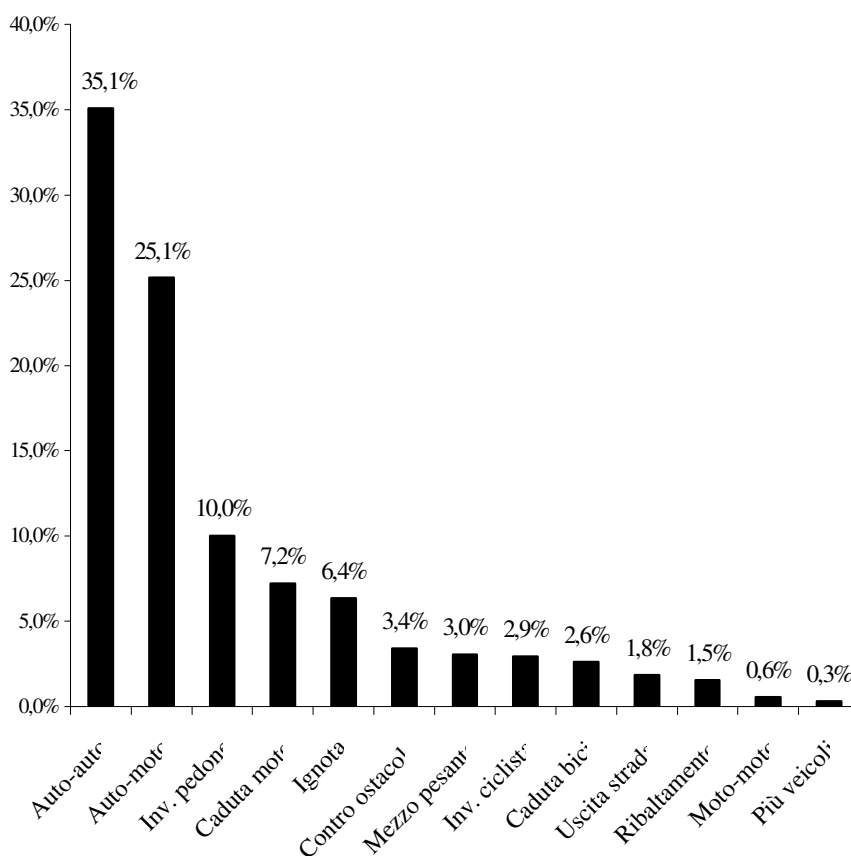
La tabella 12 mette in luce il tipo di bisogni ai quali l’attività del pronto soccorso milanese risponde. Le cause traumatiche incidono grossomodo nella misura di un terzo del totale ¹⁶. Tra queste, la metà viene collegata ai traumi causati da incidente stradale. Nello specifico, più del 16% delle chiamate che da tutta la provincia milanese giungono al servizio ed il 13% dei soccorsi effettuati sono generati da incidenti stradali. È quest’ultimo l’aspetto per noi più significativo, poiché il numero di soccorsi corrisponde approssimativamente al numero dei feriti cui si prestano soccorso e cure, anche se rimangono escluse le persone che giungono alla struttura ospedaliera con mezzi privati [cfr. ultimo capitolo]. Nel complesso, da questi dati appare evidente l’incidenza dei rischi della mobilità sulla salute della popolazione e sulle richieste di aiuto sanitario.

Se consideriamo i dettagli disponibili riguardanti i soccorsi effettuati, risulta evidente come le strutture sanitarie abbiano modo di entrare in contatto e dunque di rilevare un vasto spettro di incidenti. In particolare, il territorio milanese vede una consistente domanda di intervento sanitario in relazione ad incidenti che coinvolgono motociclisti, ciclisti e pedoni. Infatti, nel complesso dei soccorsi prestati, i feriti in seguito ad incidente motociclistico

¹⁶ Le emergenze vengono convenzionalmente divise in due categorie: eventi traumatici ed eventi medici.

rappresentano circa un terzo del totale, quelli coinvolti in incidenti in bici sono circa il 6% ed i pedoni rappresentano il 10% del totale. L'incidenza di queste "vittime deboli", più preoccupante poiché più esposte a lesioni gravi, è più rilevante rispetto ai dati forniti dalle statistiche ufficiali, senza considerare che per alcune categorie – come gli incidenti contro ostacolo, le uscite di strada e le dinamiche non note – non è possibile valutarne il livello di coinvolgimento effettivo.

Fig. 5. *Dinamica degli incidenti stradali rilevati dal Servizio 118 di Milano – Percentuali anno 2002.*



Fonte: nostra elaborazione dati Centrale Operativa Emergenza Urgenza 118, Milano.

L'accesso ai dati dell'ospedale di Vicenza relativi alle vittime della strada che sono state ricoverate ci ha permesso di aggiungere nuovi tasselli al mosaico.

Nel corso del 2002, l'ospedale San Bortolo di Vicenza ha dimesso 589 pazienti entrati in seguito a lesioni da incidente stradale¹⁷. Purtroppo, a questa cifra non è possibile assegnare un peso percentuale rispetto al totale dei pazienti dimessi nell'arco dello stesso anno¹⁸. Ad ogni modo, dalle informazioni contenute nella banca dati possiamo ricostruire il profilo demografico delle vittime ospedalizzate, il tipo di lesioni prodotte dagli incidenti e l'iter terapeutico che hanno dovuto affrontare.

Dal punto di vista della distinzione per sesso, il quadro complessivo delle vittime della strada ospedalizzate appare riflettere quello definito dalle statistiche ufficiali. Infatti, gli uomini sono molto più coinvolti (71% contro il 29% delle donne). È dal punto di vista delle fasce di età che le strutture sanitarie sembrano entrare maggiormente in contatto con vittime appartenenti alle classi di età più elevate. Ciò potrebbe spiegarsi attraverso una maggiore capacità di rilevare le vittime di incidenti di lieve entità o che coinvolgono i "soggetti deboli", come abbiamo visto esaminando le richieste di soccorso della provincia di Milano.

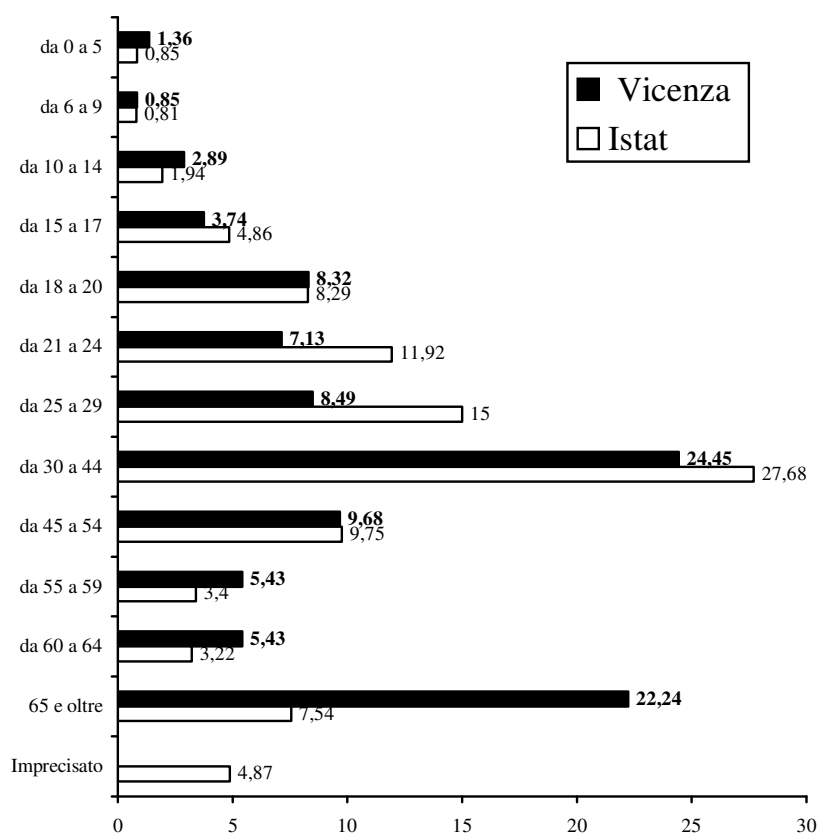
La figura 6 mostra i dati relativi alle vittime della strada ospedalizzate a Vicenza e quelle rilevate dall'Istat-Aci¹⁹. Dal confronto emerge chiaramente come, dall'osservatorio dell'ospedale di Vicenza, gli incidenti stradali siano distribuiti in maniera più omogenea lungo le classi di età e soprattutto coinvolgano maggiormente le persone dai 55 anni in poi. Dunque, considerando la realtà di un'istituzione che presta soccorso alle vittime della strada, possiamo affermare che il fenomeno degli incidenti stradali non rappresenta un rischio specifico per la popolazione più giovane, ma un'eventualità che coinvolge tutte le età.

¹⁷ Si tratta di pazienti ricoverati nel corso del 2002 o del 2001.

¹⁸ Le 589 Schede di Dimissione Ospedaliera sono il risultato di un lavoro di controllo e di epurazione dei dati ottenuti attraverso l'uso di opportuni filtri, e dunque corrispondono a 589 pazienti diversi. Il sistema informatico dell'ospedale, infatti, è centrato sulle prestazioni e non sui pazienti. Nel 2002 si sono registrate circa 35.000 dimissioni, ma queste non corrispondono a 35.000 pazienti dimessi. Il calcolo della percentuale corrispondente alle 589 vittime della strada dimesse non è pertanto possibile (cfr. ultimo capitolo).

¹⁹ In realtà, un confronto più adeguato sarebbe stato tra i dati dell'ospedale di Vicenza e quelli rilevati dall'Istat-Aci per il solo comune di Vicenza. Sfortunatamente, l'Istat disaggrega le informazioni sulle età delle vittime solamente per i comuni con più di 250.000 abitanti.

Fig. 6. Confronto tra le vittime della strada ospedalizzate a Vicenza e le vittime rilevate dall'Istat-Aci – Anno 2002. Valori in percentuale.



Fonte: nostra elaborazione SDO Ospedale di Vicenza e dati Istat-Aci [2003].

Passando ad interrogare il tipo di lesioni subite dalle persone assistite dall'ospedale di Vicenza, il primo dato degno di nota è rappresentato dal fatto che in 14 casi (2,4% del totale) si è trattato di lesioni mortali²⁰. Si tratta di decessi avvenuti nell'Unità Operativa

²⁰ Rispetto alle 14 vittime della strada decedute in ospedale, in 13 casi il decesso è avvenuto entro il trentesimo giorno dall'incidente, intervallo di tempo che l'Istat considera per distinguere tra "morti" e "feriti".

di Anestesia e di Rianimazione, le cui vittime sono per la metà rappresentate da persone con più di 70 anni. Questi dati sembrano perciò confermare le conclusioni dell'Istat-Aci, secondo cui per le persone anziane i rischi della mobilità hanno un maggiore livello di gravità, sia perché esse sono coinvolte in qualità di pedoni che vengono investiti, che a causa delle minori capacità di recupero dal trauma che subiscono.

In secondo luogo, l'analisi delle diagnosi principali indica come le lesioni più frequenti siano le fratture ossee, mentre l'analisi dei gruppi di diagnosi – che rappresentano un indicatore riassuntivo del profilo clinico, della durata della degenza e delle risorse consumate per la cura (cfr. ultimo capitolo) – indica che il D.R.G. più frequente è la commozione cerebrale. Purtroppo, da questi dati non è possibile stabilire le conseguenze del trauma al momento delle dimissioni (cfr. ultimo capitolo). Le tabelle 13 e 14 riportano le diagnosi ed i D.G.R. più frequenti.

Tab. 13. *Diagnosi principali e numero pazienti – Anno 2002.*

Concussione con nessuna perdita di coscienza. Concussione con confusione mentale o disorientamento, senza perdita di coscienza.	58
Frattura di dialisi	23
Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna Estrazione di: barra, perno, placche, viti	19
Altro e non specificato traumatismo superficiale del tronco senza infezione	16
Cambio, controllo, rimozione di ausili ortopedici.	14
Frattura chiusa dell'acetabolo	11
Frattura di diafisi, chiusa perone e tibia	9
Frattura chiusa delle ossa malare e mascellare superiore.	9
Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta, stato di coscienza non spec.	9
Traumatismo interno di organi non specificati o mal definiti con ferita aperta in cavità	8
Frattura chiusa del collo chirurgico dell'omero Collo dell'omero SAI	8
Frattura chiusa del corpo della clavicola	7
Frattura chiusa dello sterno	7
Altri e non specificati traumatismi di faccia e collo Bocca, Gola, Guancia, Labbro, Naso, Orecchio, Sopracciglio	7
Emorragia subaracnoidea consecutiva a traumatismo senza menzione di ferita intracranica esposta, stato di coscienza non specificato	7
Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta, senza perdita di coscienza	7
Concussione con breve perdita di coscienza e con perdita di coscienza < un'ora	7
Sindrome post-commotiva Sindrome cerebrale post-traumatica, non psic., Sd. o encefalopatia post-contusiva, Stato post-commotivo cer.	6
Frattura chiusa della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo, sede non specificata	6

Tab. 14. *D.G.R. più frequenti e numero pazienti – Anno 2002*

Commozione cerebrale, eta' > 17 senza complicanze	56
Interv. Arto inferiore e omero escl. Anca, piede, femore eta' >17 senza cc	33
Interventi anca e femore escl. Articolazioni maggiori eta' >17 senza cc	25
Asportazione locale e rimozione mezzi fissaz. Interna escl. Anca e femore	25
Stato stuporoso e coma di origine traum.ca, coma <1 ora, eta' >17 senza cc	19
Lesione traumatica eta' >17 senza cc	17
Disturbi dorso	16
Traumatismi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella eta' >17 senza cc	15
Sequela malattie app. Osteomuscolare e tessuto connettivo	15
Craniotomia eta' > 17 per traumatismo	12
Interv. Spalla, gomito o avambraccio escl. Interv. Magg. Articol. Senza cc	12
Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' < 18	12
Commozione cerebrale, eta' < 18	10
Interventi anca e femore escl. Articolazioni maggiori eta' >17 con cc	10
Interventi arto inferiore e omero escl. Anca, piede, femore eta' 0-17	10
Interventi anca, femore e riattaccamento gamba per traumi multipli	9
Interventi arto inferiore e omero escl. Anca, piede, femore eta' >17 con cc	9
Malattie e traumatismi del midollo spinale	9
Traumi maggiori torace senza cc	9
Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	8
Asportazione locale e rimozione mezzi fissazione interna anca e femore	8
Lesione traumatica eta' >17 con cc	8
Traumi maggiori torace con cc	8
Fratture anca e pelvi	8
Tracheostomia escl. Dist. Bocca, laringe o faringe	6
Fratture, distors., stiram., lussaz. Braccio, gamba, escl. Piede eta' 0-17	6
Fratture, distors., stiram., lussaz. avambrac., mano, piede eta' >17 senza cc	6

Fonte: nostra elaborazione S.D.O. Ospedale di Vicenza.

Estremamente interessante si rivela la ricostruzione dell'iter terapeutico delle vittime ospedalizzate. Gli aspetti che emergono con chiarezza consistono, da un lato, nella complessità del percorso di cura, nel quale sono coinvolti diversi reparti in ragione della grande varietà di lesioni che possono essere generate da un incidente stradale. Dall'altro lato, la gravità dei traumi richiede un elevato livello di specializzazione. L'iter terapeutico delle persone traumatizzate è spesso caratterizzato da interventi sanitari che richiedono la collaborazione e la consulenza di più specialisti appartenenti a diversi reparti. Ciò che all'esterno può sembrare un percorso di cura lineare è in realtà spesso frutto di scelte operative assai complesse, alle quali partecipano diverse figure professionali.

Ad esempio, l'attività dell'Unità Spinale – unità operativa specializzata nel trattamento di lesioni spinali, le cui origini traumatiche sono fortemente determinate da incidenti stradali – non inizia con il ricovero del paziente in reparto, ma di fatto prende avvio dalla constatazione della lesione.

Quando una persona a seguito di un incidente stradale subisce una lesione midollare (o un trauma cranico) viene normalmente ricoverata in Anestesia e Rianimazione o in Neurochirurgia. L'intervento riabilitativo inizia con il ricovero. Il medico del reparto dove il paziente è ricoverato formula una richiesta di consulenza all'Unità Spinale. Il fisiatra dell'Unità Spinale effettua una valutazione del paziente e, in accordo con l'èquipe del reparto di degenza, definisce le linee di approccio riabilitativo. Le informazioni vengono trasmesse al gruppo di lavoro dei terapisti che iniziano il trattamento riabilitativo appena possibile (solitamente entro il giorno lavorativo seguente).

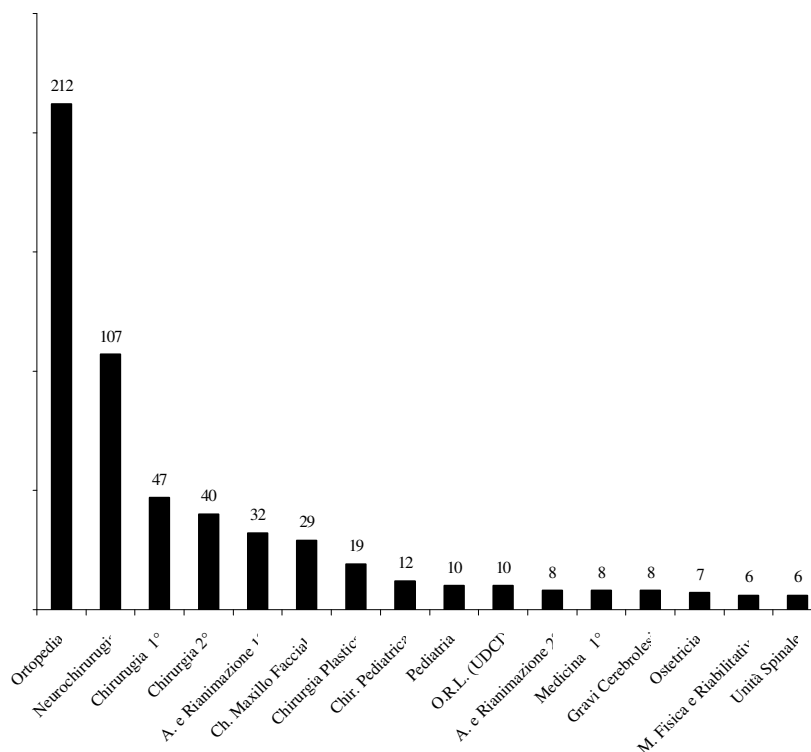
[Fisioterapista]

La figura 7 riporta i principali reparti di ammissione delle vittime di incidenti stradali nell'ospedale di Vicenza ²¹. Naturalmente, il trattamento terapeutico di un singolo paziente può prevedere l'intervento di più reparti.

Trattandosi di lesioni traumatiche che comportano soprattutto fratture, è abbastanza scontato che l'Unità Operativa di Ortopedia sia quella più coinvolta. Segue la Neurochirurgia, specialità mancante in molti ospedali e che, nel caso di Vicenza, diventa un'unità operativa di attrazione provinciale e, in mancanza di posti letto, anche extra-provinciale.

²¹ Tranne nel caso del reparto di Anestesia e Rianimazione, i reparti di ammissione corrispondono grossomodo a quelli di dimissione.

Fig. 7. *Principali reparti di ammissione delle 589 vittime di incidenti stradali – Anno 2002.*



Fonte: nostra elaborazione dati S.D.O. Ospedale di Vicenza.

La durata dell'intero processo terapeutico – quindi i giorni di degenza – possono essere considerati uno dei parametri indicativi del costo individuale e sociale dei traumi da incidente stradale. Un ricovero è infatti un costo in termini di sofferenza e di tempo di vita per il diretto interessato, e un costo in termini di politica sanitaria per le istituzioni competenti.

La degenza media nel campione vicentino è di 13 giorni. Più di 70 pazienti hanno un ricovero che va oltre le 3 settimane. Le degenze più lunghe riguardano solitamente l'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa, costituita dall'Unità Spinale e dall'Unità Gravi Cerebrolesi. La sua presenza influenza in modo significativo i dati. Ci sono tempi medi di degenza che variano da 6 mesi per un soggetto affetto da paraplegia (paralisi agli arti inferiori) a 9-11 mesi in caso di tetraplegia (paralisi agli arti inferiori e superiori). Decenze così lunghe, come vedremo dall'analisi delle

interviste, hanno impatti molto forti sulla persona, sulla rete familiare di sostegno ed anche sul personale preposto alla cura.

Il percorso terapeutico termina con le dimissioni. Nel caso di traumi di lieve entità, la persona può tornare alla vita che conduceva prima dell'incidente. Nel caso invece di conseguenze più gravi, le dimissioni rappresentano una tappa significativa nel processo di presa in carico del problema, che rivela a quali soggetti venga affidata la cura della persona traumatizzata. Così come l'indagine del Gisem aveva già messo in luce, le reti familiari svolgono a questo punto un ruolo fondamentale. Esse, infatti, costituiscono praticamente l'unico contesto di riferimento individuato dalle politiche sociali e sanitarie dopo la fine del periodo di ospedalizzazione.

Tab. 15. *Modalità di dimissione – Anno 2002.*

Tipo di dimissione	Pazienti	%
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	559	94,9
Paziente deceduto	14	2,4
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero	13	2,2
Dimissione volontaria	2	0,3
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanit. Assist.	1	0,2
Totale	589	100,0

Fonte: nostra rielaborazione S.D.O. ospedale di Vicenza.

1.4. Problemi emergenti nelle politiche sanitarie a favore delle vittime della strada.

Possiamo a questo punto trarre alcune conclusioni. In primo luogo, gli incidenti stradali espongono le vittime a traumi ed a lesioni la cui cura richiede interventi complessi ed altamente specializzati. Soprattutto nel caso delle lesioni più gravi – come ad esempio quelle spinali – ciò richiede un consistente investimento in termini di politica sanitaria. È a questo punto che la cura delle vittime della strada si scontra con le strutture della disuguaglianza sociale. Infatti, la diffusione nazionale dei centri specializzati nella cura dei traumatizzati gravi penalizza notevolmente le regioni meridionali. L'esempio più significativo è dato dalla distribuzione territoriale delle Unità Spinali e dei centri per mielolesi, concentrati prevalentemente al Centro ed al Nord Italia²². Fin dalle prime fasi del ricovero in ospedale, per i casi più gravi l'approccio operativo viene garantito dalla consulenza fornita dal personale dell'Unità Spinale e di altri reparti ad alta specializzazione (e a bassa diffusione territoriale). È possibile ipotizzare che non possa essere fornita la medesima attenzione a questi aspetti in tutte le strutture ospedaliere, con conseguenti ricadute anche sulla qualità della cura per il traumatizzato²³.

Le strutture specializzate costituiscono perciò la garanzia di una risposta sanitaria adeguata, ma essendo distribuite in modo non omogeneo sul territorio nazionale innescano processi di migrazione che, ancora di più, selezionano i beneficiari in base alle loro disponibilità di risorse materiali. Lo studio Gisem ha confermato l'esistenza di un trasferimento, soprattutto a livello interregionale, degli infortunati verso le strutture ad alta specializzazione. Le associazioni che si occupano di persone disabili parlano invece di una migrazione internazionale alla ricerca delle professionalità più adatte alla cura.

²² Per restare alle Unità Spinali, attualmente in Italia ne esistono 7, che si trovano a Milano, Vicenza, Sondalo, Firenze, Pietra Ligure, Roma e Perugia.

²³ È importante considerare che margini di autonomia considerevoli sono spesso legati a capacità funzionali che per una persona normodotata sembrerebbero irrilevanti. La possibilità di un movimento residuo alla mano, ad esempio, consente ad una persona tetraplegica di comandare una carrozzina e di potersi spostare autonomamente. Un parametro generale per capire la qualità del soccorso sanitario viene considerato la presenza di lesioni più o meno complete. La modalità con cui si raccoglie una persona dalla strada, la posizione e tutta una serie di accorgimenti possono avere ripercussioni sull'entità della lesione.

Riportiamo la testimonianza, a questo proposito, della responsabile dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili di Milano:

In Germania una persona traumatizzata entra ad Heidelberg ed esce addirittura con la patente; cercano di rendere la persona al massimo dell'indipendenza. Qui in Italia invece ci sono pochissime unità spinali, non succede come in Germania. I più fortunati riescono ad entrare in un'unità spinale, gli altri pazienza. In Italia le unità spinali sono poche se consideriamo le esigenze. Credo siano una per regione solo al Nord. Per un siciliano è un disastro e se consideriamo un sardo la situazione è ancora peggiore. Un problema rilevante è proprio quello di creare queste unità spinali, fare in modo che siano in grado di accogliere le persone ed aiutarle nel loro percorso fino all'autosufficienza. Bisognerebbe evitare di mandare la persona traumatizzata all'estero. Purtroppo è la prima cosa che ti viene consigliata nel caso non ci sia posto nelle unità spinali in Italia. Il problema è che questo comporta un trauma allucinante ed è anche un esborso economico non indifferente per la famiglia. Un familiare deve per forza seguire la persona, trovare un albergo e vivere là; lo stato non riconosce niente di tutto questo. Si dice che la sanità spenda troppo. Con un ricovero all'estero bisogna considerare che c'è una lievitazione delle spese molto forte con gli stessi risultati che si potrebbero avere in Italia. Questi mi sembra siano i problemi principali quando una persona affronta un trauma. Queste sono questioni che dovrebbero essere risolte a livello amministrativo e politico.

È opportuno far notare che l'utente del Servizio Sanitario Italiano non è vincolato all'Unità Locale Sanitaria di residenza, ma può spostarsi su tutte le strutture pubbliche e private convenzionate esistenti sul territorio italiano. È inoltre prevista, nel caso di esigenze particolari, la possibilità di accedere a cure in ospedali o cliniche straniere ²⁴. In entrambi i casi si presenta il problema

²⁴ Il Decreto Ministeriale 3 Novembre 1989 stabilisce i criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero. Su preventiva autorizzazione dell'U.I.ss. di appartenenza vengono rimborsate le spese riferite alle prestazioni sanitarie e le spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore. I rimborsi avvengono nella misura dell'80%; una percentuale aggiuntiva nel rimborso è prevista in casi particolari e con riferimento al reddito. Per i paesi dell'Unione

dell'accompagnatore, un compito che, nella maggior parte dei casi, spetta ai familiari. Si tratta di un supporto fondamentale all'infortunato, sia sul piano psicologico che materiale, per il quale non è però previsto nemmeno un rimborso delle spese.

Il secondo problema che emerge consiste nella qualità degli interventi sanitari e riabilitativi. Dal nostro lavoro, un aspetto che viene alla luce – che peraltro già l'indagine della Fevr aveva contribuito a portare all'attenzione pubblica – riguarda le esigenze di sostegno psicologico al traumatizzato ed alle persone che lo circondano. Il trauma con effetto disabilizzante provoca un "terremoto" nel mondo dei significati della persona, nel suo modo di relazionarsi e percepirsi. Il traumatizzato deve intraprendere un vero e proprio percorso di ricostruzione della propria identità come individuo ed anche come appartenente ad un gruppo sociale. Si tratta di un processo imprevisto che, proprio per queste caratteristiche peculiari, deve essere supportato. La sofferenza psicologica delle vittime e dei loro parenti è spesso fortissima e di lunga durata. Essa cresce col tempo, e può essere causa di malattie serie, che possono portare anche alla morte. La richiesta di un aiuto psicologico proviene sia dalle vittime che dalle famiglie [FEVR 1995].

Il rapporto con il personale sanitario, facilitato anche dalla degenza particolarmente lunga, acquista un'importanza ed una valenza che vanno oltre l'aspetto infermieristico e medico. O meglio, come vedremo meglio nel prossimo capitolo, la relazione medica si riveste di significati simbolici rilevanti per sostenere l'immagine di sé che la persona traumatizzata sta (ri)costruendo. Gli operatori, gli infermieri, i fisioterapisti ribadiscono la difficoltà nel far fronte a questo aspetto della relazione di cura a cui non sono preparati.

Per questi pazienti è come ricominciare da capo e da zero, quindi c'è la fase del rifiuto, della negazione, della rabbia e noi possiamo dare un aiuto al paziente in questo, nel fargli affrontare la cosa con la massima tranquillità, nel senso di metterlo a suo agio, di fargli notare le cose che può fare. L'aspetto psicologico è uno dei problemi più grossi di questo reparto. I pazienti hanno ricoveri medi di circa 6 mesi e quindi viene coinvolto dalla loro vita, dai parenti, da quello che facevano prima. Poi molto spesso sfogano su di te la rabbia per

quello che gli è successo. Un aiuto per gestire queste problematiche è una psicologa, ma lavora anche in altri reparti quindi non è sempre qui. Prima c'era un altro psicologo e quindi lei è in una fase di transito, non conosce ancora i pazienti e non conosce nemmeno noi. Quando vediamo che i pazienti hanno difficoltà o si comportano in modo non adatto alla situazione viene comunicato al medico che valuta se fare degli incontri con la psicologa oppure con lo psichiatra.

[Infermiera].

Le difficoltà nella relazione con i pazienti fanno parte del nostro lavoro e sono comunque superabili, lo sono nella misura in cui hai dei colleghi con cui confrontarti e parlarne ed un'equipe che lavora intorno ad un paziente.

Il vissuto del paziente non può essere scaricato su una sola persona (che nel 99% dei casi è il fisioterapista, proprio per il tipo di rapporto). E' importante condividere le cose negative che il paziente ti scarica addosso all'interno dell'equipe

[Fisioterapista].

In Italia è comune che nei reparti di oncologia ci sia qualcuno che supporti e si occupi delle equipe di lavoro, nei reparti di riabilitazione questa prassi si sta affermando solo adesso. Le linee guida di accreditamento prevedono uno psicologo. La presa in carico di questi pazienti per l'operatore è molto difficile. E' stata una bella esperienza, solo che per aspetti burocratici e finanziari gli esperti sono stati licenziati tutti. C'è questa politica sempre più sanitaria. Adesso si sta parecchio puntando sulle macchine, sulle diagnosi computerizzate ed il rapporto umano si sta riducendo...c'è difficoltà ad accettare la morte. La morte nell'ospedale stesso viene sentita come una grossa ferita nel mandato di cura. A Vicenza hanno speso miliardi per macchine computerizzate e non hanno rinnovato il contratto a molte persone. E' importante che gli psicologi, i sociologi, gli infermieri ecc. vengano pagati dignitosamente, perché oggi la sanità non è solo un discorso medico, comprende anche altri aspetti che in altri paesi vengono già considerati. Non è un caso che i tagli che ci sono stati all'ospedale di Vicenza abbiano coinvolto soprattutto gli psicologi. In psichiatria sono saltati i gruppi di auto-mutuo aiuto...si sono comperate macchine che costano tanto, i reparti sono stati rifatti, ma le persone sono state lasciate a casa

[Psicologo].

Dai frammenti che abbiamo riportato, gli strumenti a disposizione degli operatori per far fronte a queste difficoltà sono il lavoro in équipe ed il confronto tra le diverse professionalità con la supervisione di uno psicologo. Dall'altro lato – e qui sta il problema – ci sono le scelte di politica sanitaria ed aziendale che, come afferma lo psicologo intervistato, talvolta vanno in tutt'altra direzione. La tendenza che sembra orientare le decisioni degli amministratori dell'ospedale di Vicenza è quella di un investimento in tecnologie a scapito del sostegno alla relazione tra personale medico-infermieristico e pazienti. Peraltro, tale tendenza può essere giustificata proprio dalla gravità delle lesioni prodotte dagli incidenti stradali che, come abbiamo più volte ribadito, richiedono interventi altamente specializzati. Questa disattenzione verso l'aspetto relazionale degli interventi sanitari e terapeutici è un problema che risulta molto chiaro a chi si è trovato a rivestire i panni di assistito e che ora si è assunto responsabilità precise in termini di politiche a favore delle vittime della strada:

Ho fatto questa esperienza di cambiamento repentino della mia vita attraverso questo incidente in motocicletta. L'associazione è nata nel luglio del 1998 su mio desiderio. Volevo realizzare questo centro di cura, formazione e sport, aperto a tutti e in particolare a persone disabili, per offrire quell'aiuto che io purtroppo non ho riscontrato negli ospedali e nei centri di riabilitazione. Mi sono accorto che in una fase delicatissima della nostra vita non ci sono sostegni. Per il corpo è anche facile adeguarsi alla nuova situazione, imparare a lavarsi e vestirsi e a diventare autonomi, ma la mente si adegua più difficilmente, si tende a pensare al passato, a cosa si faceva e a cosa si farà. C'è un lasso di tempo, che si è stabilito in circa due o tre anni, in cui la mente deve adattarsi alla nuova situazione. E' più importante l'aspetto psicologico, morale ed emotivo.

[Responsabile Fondazione Tavecchio].

In termini più generali, questo problema riflette l'inadeguatezza del cosiddetto modello biomedico che, nelle società occidentali, si è sviluppato fino ad occupare una posizione dominante – ma non esclusiva – nell'ambito delle concezioni di malattia e di salute [Neresini 2001]. In questo modello, la pratica terapeutica è orientata da una netta distinzione tra mente e corpo, in

cui le lesioni corporee sono trattate separatamente dall'aspetto psicologico che le accompagna. Il paziente, perciò, diventa il portatore di un difetto di funzionalità meccanica sul quale gli sforzi terapeutici si concentrano, tralasciando la dimensione dei significati che il paziente stesso assegna alla sua situazione ed alla relazione con il personale medico. Non si tratta qui di mettere in discussione l'efficacia degli strumenti diagnostici, ma di evidenziare i problemi che emergono nella riduzione della relazione di cura esclusivamente a questo aspetto. Sarà dalle interviste con le persone traumatizzate che avremo modo di definire con più chiarezza questo ordine di problemi.

CAPITOLO 2.
I MUTAMENTI E LE RISTRUTTURAZIONI NELLA VITA DELLE
VITTIME DI INCIDENTI.
INTERVISTE IN PROFONDITÀ A PERSONE CON GRAVI MENOMAZIONI
CAUSATE DA INCIDENTE STRADALE.

2.1. Premessa

Prima di discutere gli aspetti principali emersi dalle interviste in profondità, occorre fare una premessa metodologica.

Nell'ambito della ricerca sociale, gli approcci di tipo qualitativo considerano le interviste in profondità un prezioso strumento di indagine. Nella relazione con la persona intervistata, il presupposto è che l'intervistatore deve mettere tra parentesi i propri schemi concettuali di riferimento, verso i quali non cerca di ottenere risposte appropriate. L'intervista è orientata a fare emergere ciò che è rilevante per l'intervistato nel quadro di aree tematiche definite in termini molto generali. Queste ultime vengono proposte dal ricercatore con domande formulate in modo non valutativo, che possono essere oggetto di ulteriori riformulazioni anche da parte dell'intervistato. L'obiettivo finale non consiste nel rilevare come una determinata popolazione – o un suo campione rappresentativo – risponda ad argomenti predefiniti e ritenuti significativi dalle ipotesi di ricerca. Nel caso della ricerca qualitativa, è lo stesso obiettivo della generalizzazione dei risultati a non essere giudicato rilevante. Attraverso le interviste qualitative il ricercatore si propone di far luce su aspetti e dimensioni dell'esperienza del soggetto che sono per lui importanti, spingendolo ad esplicitare il più possibile ciò che per l'intervistato è dato per scontato, cioè il "senso" che attribuisce alla sua esperienza. Nei confronti della ricerca, le informazioni raccolte in questo modo sono rilevanti nella misura in cui le esperienze vissute dalla persona intervistata rientrano nel campo di osservazione dell'indagine. Ciò è indipendente dal livello di rappresentatività degli intervistati nell'ambito della popolazione indagata, e dalla generalizzabilità delle risposte.

Il proposito di intervistare persone con gravi menomazioni in seguito ad incidenti stradali implica una selezione a monte delle esperienze sondabili. In relazione ai rischi della strada, i traumi più gravi dalle conseguenze disabilitanti possono essere distinti in due gruppi principali. Il primo gruppo chiama in causa le lesioni midollari e quelle agli arti, le quali possono sviluppare paralisi totali

o parziali, difficoltà di deambulazione o amputazioni. Il secondo gruppo è costituito dai traumi cranici che possono determinare disabilità nel linguaggio e problemi cognitivi e sensoriali di vario tipo. Quando affermiamo l'esistenza di una selezione a monte ci riferiamo al fatto che non è possibile intervistare vittime della strada che hanno riportato traumi cranici dalle conseguenze gravemente disabilitanti. In questi casi, la compromissione delle funzioni cognitive e del linguaggio è un ostacolo insormontabile. Ci siamo perciò orientati verso le vittime con menomazioni a livello motorio, vale a dire con lesioni alla colonna vertebrale o agli arti inferiori (amputazioni).

Tuttavia, anche in questo caso si presenta un problema di selezione. Il contatto con questi soggetti è facilitato dall'intermediazione dei servizi sanitari e riabilitativi. Per queste persone, i periodi di degenza ospedaliera che seguono al trauma sono normalmente piuttosto lunghi. Durante questa fase non è ipotizzabile la conduzione di un'intervista, sia per lo stato di salute complessivo del traumatizzato che per il contesto ambientale in cui si trova. Occorre dunque orientarsi verso soggetti già dimessi dall'ospedale, ed è in queste circostanze che l'intermediazione dei servizi riabilitativi, e soprattutto delle associazioni in cui le vittime sono coinvolte, si rivela estremamente preziosa. Tuttavia, solo una parte degli infortunati entra in contatto con queste associazioni o riesce a mantenere legami con i servizi riabilitativi. Il coinvolgimento in queste reti sociali riflette l'effettiva disponibilità di risorse adeguate in termini di capacità residue, di percezione del sé, di capitale sociale. Con questo termine intendiamo riferirci all'insieme delle risorse simboliche e materiali – livello culturale, abitudini di vita, risorse professionali, accesso ai servizi, reti sociali di supporto – che l'individuo possiede in relazione al suo contesto di vita.

Nel leggere le pagine che seguono occorre tenere a mente che, per quanto drammatiche possano essere le esperienze vissute dai nostri intervistati, si tratta per molti aspetti di soggetti con una rilevante "dotazione" di risorse. Certamente questa loro situazione costituisce un elemento di differenziazione all'interno della popolazione dei traumatizzati. Tuttavia, almeno dal nostro punto di vista, il fatto che i nostri intervistati dispongano di risorse da mobilitare influisce più sulla qualità delle risposte che elaborano che non sulle dimensioni del sé e del contesto di vita che sono messe in discussione dal trauma.

2.2. L'ospedalizzazione ed il percorso riabilitativo

Il periodo che gli infortunati trascorrono in ospedale e in altre strutture terapeutiche è un aspetto importante poiché ci permette di mettere in luce l'entità dei traumi e gli interventi che si rendono necessari. Inoltre, il racconto di questa fase ci fornisce i primi elementi per mettere a fuoco il processo di ridefinizione del contesto di vita e dell'identità delle persone infortunate.

Le persone che siamo riusciti a raggiungere hanno riportato traumi di diversa entità.

Quattro di essi hanno avuto incidenti in moto, altri quattro in automobile, una donna ha avuto un incidente in treno ed in un caso l'incidente è avvenuto durante l'attività sportiva (parapendio). La paraplegia – ovvero la paralisi della parte inferiore del corpo – è la conseguenza di tre incidenti in moto e di tre incidenti in automobile. La condizione di tetraplegia è quella in cui si trova Cristina in seguito ad un incidente in automobile; un forte trauma cranico è stato riportato da Andrea dopo una caduta da 50 metri con parapendio. Alessandro – la sua è la prima delle tre storie inserite nell'Introduzione – e Sabrina hanno subito l'amputazione di una gamba: l'uno in seguito ad un incidente in moto, l'altra a causa di una caduta dal treno.

Ad eccezione della caduta con il parapendio, si tratta nel complesso di incidenti legati ad ordinarie esigenze di spostamento, lontane dalla dimensione di extra-quotidianità che caratterizza gli incidenti del fine settimana.

La dinamica degli incidenti è spesso “banale”, all'opposto di quella che ci ha narrato Flavia e che abbiamo riportato nel primo capitolo. Oltre ai tre con cui abbiamo aperto il nostro lavoro, altri due esempi tanto significati quanto drammatici di tale “banalità” li possiamo individuare nei racconti di Alberto e di Sabrina:

Era fine agosto, una giornata caldissima. Andavo in moto e all'improvviso ho avuto un colpo di calore. Sono svenuto, mi sono accasciato e sono andato dritto contro un muro a 40 all'ora. La ragazza che era con me si ricorda che mi sono accasciato prima dell'impatto. Lei ha avuto qualche contusione, la frattura di un dito e la lussazione di un altro dito. Non si è fatta praticamente nulla anche perché un impatto da cosciente ha effetti diversi che da incosciente. Io invece sono rimasto parecchio in ospedale con un'immediata lesione spinale e trauma cranico. Sono stato in

coma per un mese. Il trauma cranico non ha lasciato nessun tipo di strascico, al contrario della lesione alla schiena. .

Ho avuto l'incidente nel 1991, avevo appena compiuto 18 anni. Stavo andando a scuola, ero in ritardo. Il treno stava partendo ed il capostazione invece di fermarmi mi ha aperto la porta del treno. Salendo sono scivolata, sono caduta e la gamba mi è finita sotto il treno. Non sono riusciti a salvarla, me l'hanno amputata sopra il ginocchio.

Tutti, indipendentemente dal tipo di trauma e di menomazione, hanno sperimentato un periodo di ospedalizzazione considerevolmente lungo. Le persone con paralisi totale o parziale sono state ricoverate in Rianimazione per un periodo di tempo variabile, compreso tra la settimana di Antonio e i due mesi di Cristina (tetraplegica). Questo periodo può essere anche più lungo nel caso l'infortunio determini un forte trauma cranico ed un conseguente stato di coma, come ad esempio nel caso di Andrea ²⁵:

Ho avuto un incidente sportivo, ho fatto una caduta con parapendio da 50 metri, mi è venuto addosso un'altra persona. Sono stato 32 giorni in coma fisso e tre mesi in coma vigile. Mi sono rotto le gambe ed il gomito. Ora ho una paralisi superficiale alla gamba sinistra, ma il problema vero è stato il trauma cranico. Chi mi ha visto 4 anni fa e mi vede adesso non mi riconosce. Sono invalido anche se le persone di solito non se lo aspettano.

Le prime fasi dell'ospedalizzazione sono quelle in cui si verificano diverse complicazioni mediche determinate dal trauma spinale o da altre lesioni. Ad esempio, Flavia ha subito lo schiacciamento dell'intestino perché, nella dinamica dell'incidente, ha sbattuto violentemente contro il volante dell'auto che stava guidando. Da questo punto di vista, anche l'esperienza di Alberto e soprattutto quella di Cristina sono significative:

Ho avuto molte complicazioni, ma sono state tutte immediatamente dopo l'incidente. Durante il mese di rianimazione ho avuto pleuri polmonari, ulcere allo stomaco,

²⁵ L'analisi dei dati dell'Ospedale di Vicenza ci ha mostrato come i traumi cerebrali costituiscano una lesione molto diffusa nell'ambito della popolazione assistita in seguito ad incidente stradale.

emorragia e trasfusioni di sangue. Nei primi quindici giorni ero oggettivamente in pericolo di vita e non si poteva sciogliere la prognosi perché capitava sempre qualcosa. Ovviamente questo mi è stato raccontato perché io non ho nessun tipo di ricordo. Dopo ci sono stati altri problemi di assestamento, come ad esempio le infezioni urinarie da combattere.

Sono stata ricoverata ed operata nel primo mattino. Sono rimasta ricoverata dieci giorni e poi sono stata trasferita in Rianimazione. Ero intubata e nel giro di otto giorni mi hanno fatto la Peg per mangiare, mi hanno messo un tubicino direttamente nello stomaco. Ho fatto una peritonite, sono stata operata di nuovo e poi mi hanno fatto la tracheotomia per respirare. In totale ho fatto due mesi in Rianimazione.

Dopo il periodo di rianimazione, chi ha subito una lesione spinale viene trasferito nei reparti – comprese le Unità Spinali – dove ha inizio il processo di riabilitazione. Per le persone che abbiamo intervistato, la durata di questa fase va da poco più di due mesi ad un massimo di otto. Dai dati raccolti dall'indagine Gisem, il periodo medio di permanenza è di 108 giorni se il paziente non sviluppa piaghe da decupito, mentre corrisponde a 151 giorni nel caso queste lesioni si dovessero manifestare [Zampolini 2000]. Dai dati e dalle interviste che abbiamo raccolto nell'Ospedale di Vicenza queste conclusioni vengono grossomodo queste conclusioni. Inoltre, il nostro *case-study* mette in luce che in determinate circostanze – legate allo sviluppo di paralisi agli arti superiori ed inferiori – il ricovero può anche protrarsi per 11-12 mesi.

D'altro canto, prima di iniziare questa fase riabilitativa sono possibili ulteriori ricoveri per risolvere i problemi legati a lesioni e traumi che possono essere definiti secondari solamente in rapporto alla lesione spinale. Ad esempio, nell'incidente in moto Giuseppe si è scontrato contro il guard-rail riportando danni consistenti al viso, nonostante indossasse il casco:

Sono caduto in una buca per lavori in corso non segnalati. Io mi sono distratto, la moto si è impuntata nella buca e io sono volato in avanti. Sono atterrato di schiena e mi sono rotto due vertebre. Poi sono rotolato e mi sono fermato contro un paletto del guard-rail, e anche se avevo il casco integrale bel allacciato sono stato colpito in pieno viso. Il paletto mi ha sfondato la faccia. Mi hanno fatto una plastica totale al viso, non assomiglio neanche tanto al

Giuseppe di prima. Il casco mi ha scuoiato dall'urto. Il viso mi è stato ricostruito dall'interno: naso, orbite, mascella, fronte e zigomi. Fortunatamente ora ho un viso presentabile.

La riabilitazione in ospedale è un processo più o meno lungo, che dipende dal tipo di lesione spinale (e dunque dal tipo di funzionalità compromesse), dall'insorgere di complicazioni come le piaghe da decupito, e da variabili individuali che incidono nell'apprendimento dei nuovi schemi motori e nell'acquisizione degli obiettivi proposti dai terapeuti.

In questa fase sono coinvolte diverse figure professionali: il medico, l'infermiere, il terapeuta occupazionale, il fisioterapista, il logopedista (nel caso di traumi cranici). Nel complesso la degenza riabilitativa si caratterizza per tre aspetti rilevanti, strettamente connessi gli uni agli altri.

In primo luogo, durante questo periodo vengono progressivamente alla luce l'entità della menomazione e la qualità delle capacità residue. Ciò determinerà la definizione e la ridefinizione del programma riabilitativo. Dal punto di vista della persona traumatizzata, ma anche da quello della relazione con il personale ospedaliero, la fase diagnostica individua un intervallo di tempo rilevante, in cui gli scenari possibili non sono ancora ben definiti. L'attesa, più o meno lunga, determina in ogni caso una situazione di incertezza che risulta difficilmente tollerabile. Questo aspetto porta in primo piano l'aspetto interpersonale che si stabilisce tra il traumatizzato e chi lo segue durante la riabilitativa, in cui al personale ospedaliero è richiesto il possesso di attenzioni verso il traumatizzato che non sono di natura medica ma relazionale.

Alcuni pazienti arrivano senza sapere la diagnosi definitiva, magari hanno appena fatto l'incidente e sono ancora in shock spinale. Non è possibile dire loro se guariranno e quando. Sono in sospeso, sono con la speranza di camminare ma si guardano intorno e vedendo gli altri possono pensare che forse non cammineranno più..

[Infermiera]

La cosa più difficile da affrontare con il traumatizzato è sapere a cosa va incontro. Inizialmente perché non si sa effettivamente l'entità del danno, non si può sapere subito. È importante spiegare al paziente cosa gli sta succedendo e cosa sta succedendo al suo corpo. Spesso non sa cosa chiedere e come

chiederlo, e questo viene trasformato in ansia e spesso in aggressività. Anche quando si comunica la prognosi con una certa precisione si aprono tutta una serie di interrogativi sul proprio futuro: perché sono in carrozzina? Dovrò restarci per sempre? Come sarà la mia vita?

[Fisioterapista]

In secondo luogo, soprattutto da parte del personale infermieristico, si determina una presa in carico della “dimensione corporea” e delle funzioni fisiologiche del traumatizzato, al fine di evitare l’insorgere di complicazioni o di danni secondari come flebiti, trombosi o retrazioni muscolari. Consideriamo ad esempio questo frammento:

Di media, i pazienti vengono posturati, cioè cambiati di posizione a letto. Questo accade ogni quattro ore, sia di giorno che di notte. Di notte si fa un giro alle 10, un giro a mezzanotte ed uno verso le 5.

[Infermiera]

Progressivamente, attraverso un processo di apprendimento, il controllo sul corpo viene trasferito dal personale ospedaliero al paziente o ai suoi familiari. È importante rilevare come i familiari rappresentino una risorsa estremamente significativa che viene mobilitata già durante la fase riabilitativa in ospedale. Un esempio concreto di questo trasferimento del controllo dal personale ospedaliero al paziente e ai familiari è rappresentato dall’uso dei cateteri, aspetto di primaria importanza nel caso delle lesioni spinali.

Il cateterismo può essere imparato da un paraplegico nel giro di due mesi, perché ha l’uso delle mani e deve solo imparare la tecnica. Il problema vescicale può essere gestito, ma se non viene eseguito correttamente ed in modo adeguato può essere fonte di complicazioni come blocchi urinari, calcoli, problemi ai reni. In passato la paraplegia era considerata un problema molto grave proprio per i problemi urinari, ora è più facile da gestire grazie a dispositivi e tecniche nuove. Ora ci sono mamme e papà che imparano a fare cateterismo al figlio o al coniuge, non serve essere infermieri.

[Fisioterapista]

In terzo luogo, la fase riabilitativa implica un'attenzione specifica al recupero e al potenziamento delle abilità residue, e all'apprendimento di abilità funzionali necessarie nella vita quotidiana. I terapeuti occupazionali ed i fisioterapisti lavorano assieme al traumatizzato per fargli guadagnare una postura adeguata, per ripristinare fin dove possibile la funzionalità motoria e, soprattutto, per prepararlo alla cura di sé nella vita quotidiana. Si tratta dunque di imparare a mangiare, a vestirsi, ad usare i supporti e così via. Per il traumatizzato, ciò non determina solo un processo di apprendimento di "tecniche" adattive, ma innanzitutto una conoscenza della nuova situazione, dei limiti e delle necessità di riadattamento che essa implica. Le parole di Alberto sono a questo proposito estremamente significative:

E' tutta una fase di autoscienza in cui devi imparare a capire il tuo corpo. Se prima quando mi scappava di andare in bagno lo sentivo, ora mi vengono i brividi o colpi di calore. Ci ho messo un po' a capire i nuovi segnali e ad interpretarli. All'inizio fai casino, non capisci. Ti puoi procurare ferite spostandoti perché non sai muoverti con il corpo. Oppure mi è venuta una piaga perché avendo la gamba gonfia stavo su un fianco. Ci sono voluti tre mesi per farla guarire. Sono tutte cose che impari, ma per guarire ci sono voluti tre mesi.

Considerati assieme, questi tre aspetti – vale a dire la definizione della menomazione e delle abilità residue, il trasferimento di controllo sul corpo ed il raggiungimento dell'autonomia possibile – forniscono gli indicatori necessari per l'interruzione del ricovero e per le dimissioni dall'ospedale. Tuttavia, è importante sottolineare come questi indicatori siano necessari ma non sufficienti per decidere di dimettere il traumatizzato. Il lavoro di riabilitazione, proprio per l'entità delle menomazioni e degli effetti disfunzionali che ne conseguono, deve prendere in considerazione più livelli, dall'aspetto di risocializzazione della persona infortunata, alla ristrutturazione del contesto di vita fino alla mobilitazione dei servizi socio-sanitari locali per garantire all'infortunato un adeguato sostegno in termini materiali – strumenti per la deambulazione, farmaci ed attrezzi di supporto – e psicologici. Dunque, il processo di riadattamento del contesto di vita riceve un primo e fondamentale stimolo durante la fase di ospedalizzazione, ed è considerato un indicatore

estremamente significativo nella decisione di dimettere la persona infortunata.

Ma, nel dettaglio, su cosa si punta l'attenzione? Consideriamo le parole del personale ospedaliero, in questo caso di un'infermiera dell'Unità Spinale:

Per le dimissioni si valuta la situazione familiare. Ci sono pazienti che sono stati dimessi anche in fase di coma perché c'era la possibilità di farlo. Il medico valuta ed anche i familiari espongono i loro problemi. Si considera la condizione della casa, ma anche l'aspetto occupazionale. Ad esempio, se tutti lavorano nessuno può accudire il paziente e serve una persona fissa a casa. I terapisti occupazionali hanno anche il compito di seguire l'adattamento della casa del paziente, la scelta della carrozzina eccetera. C'è un primo programma di permesso, di solito di una giornata, poi il fine settimana. Questo per fare in modo che sia il paziente sia i parenti si rendano conto di come sarà la situazione quando verrà dimesso. Dopo una serie di permessi programmati, viene stabilita una data indicativa di dimissioni. Dopo quattro o cinque mesi dal ricovero bisogna pensare alle dimissioni e quindi viene attivata l'assistente sociale o l'assistente domiciliare. Vengono informati i parenti. Se non possono andare a casa spesso vanno in case di riposo per anziani, anche se sono giovani. Oppure vanno in case di cura private. Ci sono alcune convenzioni con strutture dove poter continuare la riabilitazione per un paio di mesi. Poi, se i parenti possono permetterselo, li mantengono in questo centro di cura. Se non hanno la possibilità, valutano se portare il paziente a casa o in un'altra struttura. Di solito si cerca sempre di avvicinare il paziente alla famiglia. Si cerca sempre di trovare qualcuno, non c'è mai un paziente che non abbia proprio nessuno. Magari c'è un amico di fiducia che viene a trovarlo e che si assume l'onere di trovare un posto. Oppure si cerca di attivare gli assistenti sociali che cercano di coinvolgere i parenti o gli amici, oppure si attivano loro stessi.

Da questo lungo frammento, che abbiamo deciso di riportare per esteso data la rilevanza degli aspetti che contiene, emergono in modo chiaro due dimensioni legate alle dimissioni delle persone traumatizzate e, più in generale, ai sistemi di cura di cui possono avvalersi.

La prima chiama in causa il ruolo che, nell'organizzazione dei servizi, viene assegnato alla famiglia e che da essa viene svolto. La

seconda dimensione rilevante è costituita dall'invisibilità degli infortunati da incidente stradale nel panorama dei servizi extra-ospedalieri di cura alla persona.

Per quanto riguarda il ruolo delle famiglie – e più in generale delle reti primarie – abbiamo già avuto modo di considerare come esse vengano coinvolte già durante la fase di ospedalizzazione dell'infortunato. Tale coinvolgimento diventa assolutamente centrale dopo le dimissioni dall'ospedale. L'organizzazione della cura delle vittime di incidenti stradali mette in luce una delle principali caratteristiche dei modelli di welfare mediterranei, vale a dire l'assegnazione alle famiglie di un ruolo cruciale nella fornitura di supporto e cura per i soggetti in stato di bisogno e di dipendenza. In altri termini, la solidarietà sociale a favore delle vittime della strada individua nella sfera privata delle obbligazioni familiari il contesto da cui devono emergere le risposte ed al quale sono assegnate le responsabilità [cfr. Saraceno 2003].

Conseguentemente, il lavoro di cura dei traumatizzati si incontra – e talvolta si scontra – con le logiche attraverso le quali, all'interno di ogni famiglia, vengono distribuiti i compiti di *care-giving* e di lavoro per il mercato. È in questa circostanza che le donne sono chiamate in causa in maniera rilevante. L'infortunio di un membro della famiglia in cui vivono – sia esso un figlio, il partner, il fratello – determina sia un aumento del carico di lavoro ad esse assegnato che una ridefinizione della doppia presenza, vale a dire dell'equilibrio tra i compiti di cura e l'impiego professionale al di fuori della famiglia.

Mio papà faceva il bidello in un istituto d'arte, mia mamma gestiva il bar con me. Il bar è stato chiuso per seguire me. Lo gestivo io con mia madre e lei non ce la faceva da sola. Comunque ha chiuso per seguire me. La maggior parte delle volte era mia madre che mi seguiva. Mi portava da mangiare all'ospedale perché il cibo faceva schifo, e mi teneva compagnia. Poi il bar è stato riaperto quando stavo abbastanza bene.

La ristrutturazione degli assetti familiari attorno alla cura della persona infortunata non riguarda solamente la gestione del tempo delle figure femminili. È il sistema complessivo che viene ridefinito, sia nella sua organizzazione spazio-temporale che nella qualità delle relazioni tra i membri. Il mutamento è dunque a più livelli. Da una parte gli spazi abitativi devono essere adattati alle nuove esigenze della persona traumatizzata, ed in questo aspetto –

come abbiamo già visto – il personale ospedaliero svolge un ruolo attivo. Nel caso vi fossero le risorse adeguate, non è raro che la precedente abitazione venga abbandonata in favore di una nuova sistemazione più appropriata, priva delle barriere architettoniche. Questo è il caso specifico di due dei nostri intervistati. Dal versante delle relazioni, invece, la persona traumatizzata torna a vivere con i genitori se prima abitava da solo, o questi ultimi decidono di raggiungerlo ricomponendo il nucleo familiare. Oppure, può accadere che, anche solo temporaneamente, i nuclei che avevano subito processi di frammentazione – in seguito a divorzi – o in cui le relazioni fossero conflittuali finiscano con il ricomporsi per rispondere alle esigenze del traumatizzato. Nelle parole di Mirko ed in quelle di Giuseppe si intravedono questi processi:

I miei sono separati da quando avevo 13 anni, anche se tra loro il rapporto è sempre stato di amicizia. Forse non parliamo molto, non ci raccontiamo molto. In più ho due sorelle più giovani: una è andata a vivere con un'amica, l'altra abita per conto suo già da cinque anni. I primi mesi mi sono stati vicini tutti quanti. Mio padre veniva tutti i giorni all'ospedale. Anche la sorella più giovane mi ha aiutato molto. Adesso che sono tornato ad essere autonomo tutto è tornato ad essere come era prima.

Di me si è occupata la mia famiglia. Noi siamo in cinque e tutti mi sono stati vicino, anche se nell'assistenza all'ospedale c'era di più mia madre perché gli altri erano impegnati. Devo ringraziarli perché ho trovato la famiglia giusta. Prima sembrava tutto diverso perché eravamo molto staccati e si era molto litigiosi anche se si parlava. L'incidente ha invece riunito tutti.

Tuttavia, non sempre le ristrutturazioni familiari seguono la direzione di una ricomposizione, per quanto temporanea. Dalle testimonianze che abbiamo raccolto, sia indirette che dirette, le relazioni affettive sembrano essere quelle più a rischio di rottura, soprattutto se è il partner maschile a doversi assumere la responsabilità della cura della persona infortunata. Ancora una volta, quindi, viene a galla l'aspetto della divisione sociale del lavoro familiare e dei modelli tradizionali delle identità di genere. I racconti di Anna e soprattutto quello di Cristina fanno esplicitamente riferimento a questi elementi:

Nel corso della mia esperienza ho visto che nelle coppie in cui uno dei due ha una lesione, la maggior parte dei maschi se ne va se la moglie resta paraplegica. Invece, se è il marito a restare paraplegico la moglie resta. Su questo potrei fare una statistica io.

Il rapporto che è cambiato di più è stato quello con il mio fidanzato, che era in macchina con me durante l'incidente. E' semplicemente scappato. Ha detto che è colpa mia e non si fa più vedere. Anche parlando con la psicologa confrontavamo le esperienze, e abbiamo realizzato che è una reazione tipica. Tendono a non voler vedere, scappano e danno la colpa a noi, per non sentirsi in colpa. Però fa male. Sii chiaro fin dall'inizio. Dimmi che non ce la fai a reggere la situazione, che non ce la fai a starmi vicino, ma non dirmi che mi starai vicino e poi di fatto non ci sei. Non puoi abbandonarmi in un letto di ospedale e pretendere che non mi senta abbandonata. Non puoi venirmi a dire che tu soffri. Non puoi trovarmi la scusa che non vieni a trovarmi perché hai tanto da fare quando abitiamo ad ottocento metri di distanza.

L'attribuzione ed il riconoscimento del ruolo di cura familiare – e questo è il secondo aspetto rilevante annunciato in precedenza – implicano un coinvolgimento residuale dei servizi sociali e sanitari. D'altronde, questo aspetto sembra trovare conferma nei dati raccolti nel corso dell'indagine del Gisem, dai quali emerge che nell'82% dei casi al periodo di riabilitazione seguono le dimissioni a casa del paziente o dei suoi familiari [Zampolini 2000]. Il ritorno in famiglia delle vittime della strada, sebbene non sappiamo il livello di gravità dei traumatizzati, è una caratteristica preponderante anche del sistema di dimissioni dell'Ospedale di Vicenza. In questo caso, come abbiamo visto nel secondo capitolo, le dimissioni presso l'abitazione rappresentano il 95% del totale.

In aiuto alle persone vittime di incidenti stradali esistono strutture private di tipo riabilitativo, il cui accesso è a totale carico del paziente oppure è agevolato grazie a convenzioni con le istituzioni pubbliche. L'organizzazione di questo tipo di mercato riflette il fatto che il percorso riabilitativo non si esaurisce con le dimissioni dall'ospedale. Esso procede nel tempo, per periodi più o meno lunghi, per dare risposte più adeguate a bisogni già espressi o per far fronte a situazioni che si sono sviluppate dopo le dimissioni. Alcuni dei nostri intervistati ci hanno raccontato di aver trascorso

diversi mesi in cliniche private dopo l'ospedalizzazione, oppure di aver dovuto affrontare ulteriori periodi di ospedalizzazione.

Ciò che manca – perlomeno nel nostro paese – è una rete di servizi “dedicati” in grado di prendersi cura della persona infortunata nei casi in cui la famiglia non potesse essere coinvolta. Dalle testimonianze raccolte, questa popolazione di utenti verrebbe inserita all'interno di strutture per disabili o per anziani, e tale “invisibilità” può ripercuotersi negativamente sulla loro qualità di vita (ad esempio sulle possibilità di recupero delle autonomie funzionali) e sull'immagine di sé.

La centralità delle risorse familiari e la conseguente “privatizzazione” della solidarietà sociale e degli interventi a favore di queste vittime della strada costituisce senza dubbio una delle chiavi di interpretazione della situazione di abbandono denunciata dagli stessi traumatizzati e dalle loro famiglie. Già all'incirca dieci anni fa, l'indagine promossa dalla FEVR aveva messo in luce l'alto livello di insoddisfazione nei confronti dell'entità e della qualità del supporto materiale ed informativo ricevuto dopo l'incidente. Da parte nostra abbiamo potuto raccogliere alcune testimonianze che si inseriscono all'interno dello stesso quadro disegnato dalla FEVR. Consideriamo ad esempio le parole di Cristina, probabilmente le più chiare:

Se fossi sola dovrei andare in un istituto. Non ti danno nemmeno le informazioni su ciò che ti spetta, sui tuoi diritti. Ci sono persone disabili che vengono dimesse dall'ospedale e si trovano il nulla e non c'è nessuno che le segua. Siamo noi che dobbiamo mobilitarci. Adesso mi muovo, ho una sedia ed una macchina attrezzate, ho una persona che mi accompagna. Se fossi da sola non potrei fare nulla. Se non avessi avuto la possibilità di pagare qualcuno e se non avessi avuto aiuto dai familiari, che cosa avrei potuto fare? A distanza di un anno non ho ancora ricevuto nulla di accompagnatoria, mi danno 200 euro di pensione, con cui compro i cateteri che non mi passano. Mi passano quattro cateteri al giorno ma me ne servono sei. I cateteri costano 97 euro a scatola, ce ne sono dentro 30 e io ne uso due al giorno. Per legge sono quattro, ma una persona che lavora ha diritto ad averne due in più al giorno. Ho fatto la richiesta che, nonostante l'attestazione della dottoressa, mi è stata negata. E poi c'è l'assicurazione della macchina che non vuole tirare fuori i soldi. Mi chiedono un certificato di guarigione, dicono che la situazione non si è ancora stabilizzata. Questa cosa mi fa arrabbiare perché

lo capirebbe chiunque che è già tanto se riesco a stare su una carrozzina ed a respirare.

L'esistenza di un problema legato alla relazione con le istituzioni ed alla mancanza di un adeguato sostegno informativo ci è stato testimoniato anche dalle associazioni che lavorano con le vittime della strada:

I disabili vengono qui perché non hanno un buon rapporto con la burocrazia. Con gli uffici che dovrebbero occuparsi di loro c'è un rapporto di sudditanza. Spesso hanno avuto una porta in faccia dalle commissioni di invalidità o dalla Polizia Municipale e allora vengono qui e ci vogliono come intermediari con gli uffici amministrativi perché si fidano più di noi. C'è questa sfiducia nei confronti della Pubblica Amministrazione, ma credo sia una questione generale... Un altro aspetto è il bisogno di informazioni. Le finanziarie cambiano continuamente e quindi le persone devono essere continuamente aggiornate sui loro diritti
[Responsabile ANMIC].

Finora abbiamo ricostruito a grandi linee il periodo di ospedalizzazione ed il percorso riabilitativo di persone che in seguito all'incidente sono state paralizzate, completamente o parzialmente. Il quadro cambia se osserviamo l'esperienza di chi, invece, ha subito lesioni meno gravi che hanno determinato l'amputazione di un arto. Abbiamo già visto che queste sono le conseguenze riportate da due dei nostri intervistati, uno in seguito ad incidente in auto e l'altra dopo una caduta dal treno. Dai loro racconti vengono alla luce alcune differenze rispetto alle traiettorie riabilitative delle persone paralizzate, determinate dal fatto che l'ospedalizzazione è complessivamente meno lunga anche se molto più "ad intermittenza", e che la riabilitazione avviene in gran parte fuori dall'ospedale.

Il problema principale che i nostri due intervistati hanno dovuto affrontare è legato all'innesto della protesi, che richiede un lungo periodo di attesa prima e di adattamento poi. Il percorso terapeutico è sicuramente meno complesso dal punto di vista delle abilità funzionali compromesse dalla lesione, ma può essere ugualmente doloroso e forse più lungo. A fronte di circa due mesi di ospedalizzazione subito dopo il trauma, nell'esperienza di Alessandro ci sono voluti quasi cinque anni prima di trovare un supporto adeguato e imparare ad usarlo. Ma anche dalle parole di Sabrina, che ha avuto un processo di riabilitazione più breve, vengono alla luce tutte le difficoltà che si devono affrontare.

Sono stato in ortopedia per un mese, poi in chirurgia plastica per un altro mese. Qui ho fatto tre interventi e poi sono stato dimesso. Dopo sei mesi sono stato di nuovo ricoverato per fare l'allungamento del tendine per riuscire a riportare il piede dritto. Infatti si era rimpicciolita l'arteria a causa della lesione ed inoltre avevo persola sensibilità. Sono stato a casa per un po' di tempo. Poi ho preso una piccola botta alla tibia e si è formato un ematoma che si è infettato. Da qui sono iniziati i problemi grossi alla gamba: ogni volta dovevano operarmi e pulirmi dall'infezione. Dovevo essere ricoverato ogni sei mesi. Avevo sempre la borsa con la biancheria pronta per andare all'ospedale. Dopo qualche anno di calvario, dentro e fuori dall'ospedale, mi hanno consigliato l'amputazione. Per prepararmi all'intervento ho fatto un mese di iperbarica. Ho aspettato per un altro mese la protesi ed è stato molto difficile. Dal punto di vista psicologico è stata molto dura perché non accettavo il fatto di essere senza una gamba. Con le protesi, poi,

ho avuto parecchi problemi. C'era il problema del moncone che si gonfiava. Ho impiegato tre anni per trovare la protesi giusta e prima che il moncone si stabilizzasse. Prima di sistemarmi sono stato due anni con la gamba malata, e dopo l'amputazione sono trascorsi tre anni.

Sono andata a Bologna per una serie di visite e per decidere la protesi. Hanno preso i calchi e dopo mi hanno insegnato a riprendere a camminare. È stata la cosa più dura. Il moncone si gonfia un pò alla volta e loro dovevano fare un vaso in resina e silicone che deve aderire perfettamente perché funziona a risucchio. Man mano che impari a camminare e che si gonfia devi cambiare l'aggancio. Poi hanno preparato l'arto. Il primo aveva un sistema frenante che mi impediva di cadere. È difficile camminarci ma serve per imparare. Adesso non ho il ginocchio con il freno e la frizione, è più leggero ma all'inizio cadevo spesso. Un po' alla volta sono riuscita ad imparare. All'inizio ti fanno portare la protesi con le stampelle, ma è micidiale perché appoggia sull'osso e fa molto male. Poi togli una stampella e alla fine tutte e due.

3.3. Le ridefinizioni del sé.

Da una prospettiva di analisi sociologica, possiamo definire l'identità come la dimensione di senso che rende comprensibile e riconoscibile l'agire del soggetto ai suoi occhi ed a quelli dei membri dei contesti sociali in cui vive. Si tratta in sostanza del processo, costruito socialmente, attraverso il quale ogni persona colloca sé stessa nel mondo, trovando risposte alle domande di identificazione (*chi sono io?*) e di differenziazione (*chi sono gli altri? In che rapporti sto col loro?*).

Sul piano degli indicatori empirici, le strutture dell'identità vengono alla luce nel racconto che il soggetto fa di sé stesso. È centrale la capacità di individuare un filo narrativo in grado di legare le diverse esperienze biografiche in un quadro coerente, in cui il soggetto riconosce sé stesso nei mutamenti che ha dovuto affrontare e nelle immagini che proietta nel futuro. Naturalmente, questo filo conduttore viene continuamente ridefinito, ed il significato attribuito all'esperienza cambia nel tempo ed in base ai contesti relazionali.

Partendo da questi presupposti, gli effetti del trauma sulle strutture identitarie vengono alla luce sotto forma di "fratture" nella coerenza biografica. Un motivo frequente all'interno delle interviste che abbiamo raccolto è costituito da una cesura – più o meno netta – tra le rappresentazioni di ciò che si era *prima* dell'incidente e quelle di ciò che si è diventati *dopo* l'incidente. Consideriamo, ad esempio, il racconto di Sabrina prima e le parole di Giuseppe poi. Pur con diversi accenti, entrambi mettono in luce la stessa cesura:

Io ho ricordi di me quando ero piccolina, ma del periodo che precede l'incidente non ho ricordi. È come se la mia vita fosse cominciata lì perché è totalmente cambiata. Certe volte mi chiedo come sarei stata caratterialmente se non fosse successo l'incidente, e non riesco a ricordarmi come ero io prima dell'incidente. È ovvio che mi ricordi quella fase della mia vita, ma è come se non fossi io, se fosse un'estranea. Per una ragazza di 18 anni questa cosa ha un impatto così grande che è come se dovessi ricominciare tutto da zero. Tutto cambia.

Nel mio caso, io parlerei di una specie di rinascita, per me è stato così. È come morire e rinascere, anche se ti ricordi il passato.

Il trauma, le menomazioni e le compromissioni funzionali che ne derivano costringono ad una brusca ed improvvisa ridefinizione

di sé che non può essere integrata in maniera coerente nel contesto biografico. Più profonda è la frattura delle strutture dell'identità, più marcato è il senso di una discontinuità nel racconto della propria biografia.

Dall'analisi delle interviste abbiamo raccolto gli elementi che ci sembrano rilevanti per ricostruire le fasi di questo processo di ridefinizione del sé.

Innanzitutto, occorre distinguere due diverse fasi, strettamente interrelate. Nella prima, che caratterizza soprattutto il periodo immediatamente successivo all'incidente, l'attenzione della persona infortunata è rivolta prevalentemente al suo interno; nella seconda, invece, la riflessività si rivolge maggiormente all'esterno e coinvolge il sistema di interazioni che ruotano attorno al soggetto. In qualche misura, queste due fasi riflettono il processo di costruzione dell'identità, in cui l'aspetto dell'autodefinizione – contenuto maggiormente nella prima fase – si incontra con quello dell'eterodefinizione. Non si tratta quindi di due momenti separati temporalmente, anche se il primo contraddistingue di più il periodo dell'ospedalizzazione. Ci sembra più corretto identificare queste due fasi come spazi diversi, ma contigui, di riflessività, che si influenzano a vicenda nonostante spesso vengano raccontati come se dessero vista a due distinte fasi temporali.

Prima miri a sopravvivere, poi a vivere un po' meglio e poi a rientrare nella società: è un lavoro a tappe.

Sei talmente impegnato a capire quello che ti è successo, come ti influenzerà la vita, a recuperare, che i rapporti vengono compromessi. Però all'inizio non ne risenti più di tanto perché sei troppo impegnato a rimetterti in piedi. All'inizio il problema è il fisico che ti fa male, i problemi con le persone escono fuori dopo.

La prima fase si caratterizza principalmente per la messa in questione delle basi dell'identità che, fino a quel momento, venivano date per scontate. Il trauma, infatti, obbliga le persone infortunate a ridefinire il rapporto con il proprio corpo, e questo processo inizia dalla scoperta – dolorosa – del fatto che i movimenti e le funzioni che si ritenevano “naturali” e scontati non possono più essere considerati tali. Si tratta di una frantumazione delle certezze acquisite nel senso più vasto del termine, poiché ad essere messa in questione è la mediazione fisica e corporea del proprio rapporto con le attività quotidiane.

Quando sei steso a letto e ti dicono per la prima volta di girarti su un fianco, tu non sai farlo perché ti accorgi che sei abituato ad usare le gambe. Devi imparare allora un modo alternativo, con le spalle. Spesso mi è capitato di sentirmi come un bambino che deve imparare a camminare, a non farsela addosso, a parlare. La vita per un paraplegico è un po' simile a questo, devi imparare tutto di nuovo e devi farlo nel minor tempo possibile.

Durante questa fase l'attenzione è indirizzata esclusivamente a comprendere l'entità della lesione ed a riappropriarsi del proprio corpo. La dimensione del dolore fisico, molto presente, obbliga ancora di più all'auto-riflessività e a mettere tra parentesi – almeno momentaneamente – l'ambito delle relazioni con l'esterno. Oppure, meglio, le relazioni con l'esterno vengono interpretate come un'occasione per raccogliere informazioni da utilizzare nel lavoro autoriflessivo. Tuttavia, come abbiamo già visto, la formulazione della diagnosi e la stima dell'entità della lesione avvengono in maniera progressivi, e possono richiedere anche periodi di tempo considerevole. L'incertezza che ne deriva non può essere tollerata, e ciò finisce con il riversare ancora di più le energie riflessive della persona infortunata al suo interno, alla ricerca di segnali che in qualche modo possano essere interpretati. È in questi momenti che si “scopre” – in qualche caso per la prima volta, in ogni caso in maniera inedita – di “avere” un corpo.

Il bisogno di mettersi alla prova per verificare la propria funzionalità corporea – e dunque le strutture più profonde della propria identità – non può dirsi mai completamente estinto. Per certi versi, questa circostanza può costituire la chiave di lettura per interpretare l'assoluta importanza che viene assegnata all'attività fisica, riabilitativa e sportiva. Tutte le persone che abbiamo potuto intervistare ci hanno raccontato il forte investimento che viene fatto nell'attività sportiva e riabilitativa, sia dentro che – forse soprattutto – fuori dall'ospedale. Almeno in parte, ciò può assumere significato nell'ambito dell'auto-comprensione di sé in rapporto all'immagine ed all'uso del corpo che prima dell'incidente si davano per scontate. L'attività fisica non viene ricercata e praticata solamente da chi ad essa era già “familiarizzato”, ma è un obiettivo generalizzabile. Vedremo più avanti come lo sport diventi rilevante anche come occasione per uscire e stare con altre persone, e soprattutto per ricevere un riconoscimento rispetto alle proprie abilità e dunque rispetto ad una positiva immagine di sé.

Nei passaggi dalla prima alla seconda fase, e quindi in uno spazio intermedio, i referenti esterni che vengono investiti di una forte valenza relazionale sono i terapisti ed, in generale, il personale ospedaliero. Dal punto di vista del processo identitario, fisioterapisti, terapisti occupazionali ed infermieri rappresentano dei veri e propri “agenti di risocializzazione”. Con questa espressione intendiamo riferirci a chi accompagna il soggetto nel corso del processo di ridefinizione del sé, fornendogli gli schemi di significato per interpretare la nuova situazione e per collocarsi al suo interno. Nel nostro caso, i contenuti della risocializzazione si focalizzano sull’entità della lesione, sulle funzioni che sono state compromesse e soprattutto sulla qualità delle abilità residue. Per il traumatizzato, cioè, è importante capire cosa potrà tornare a fare, come potrà farlo e cosa non potrà più fare. Queste conoscenze gli sono fornite principalmente dai terapisti che, in questo modo, svolgono la funzione di agenti di risocializzazione.

Ciò determina il fatto che, nella relazione con le persone traumatizzate, essi assumano una rilevanza anche dal punto di vista affettivo. Abbiamo già visto che questa circostanza è pienamente riconosciuta dallo stesso personale ospedaliero, il quale reputa importante la dimensione “psicologica” del lavoro che è chiamato a svolgere. In questa sede ciò che ci preme mettere in luce è come gli agenti di risocializzazione vengano interpretati in modo ambivalente dalle persone traumatizzate. Tale ambivalenza è generata dalla compresenza di dimensioni contrastanti, fatto comune a tutte le relazioni asimmetriche come lo sono quelle tra medico e paziente.

Da un lato, la relazione con loro è fortemente desiderata per ciò che offrono in termini di conoscenze e di tecniche riabilitative le quali, simbolicamente, forniscono gli schemi (cioè gli aiuti) per interpretare la nuova realtà. Dall’altro, i terapisti – come tutti coloro che si prendono cura della persona traumatizzata – comunicano al soggetto con cui entrano in relazione la sua più o meno temporanea perdita di controllo sul proprio corpo e sulla sua identità. La sensazione di “essere in mano dei medici e dei terapisti”, di dipendere da loro in tutte le esigenze è un aspetto che emerge da molti dei nostri intervistati, e che viene riferito anche alla relazione con i familiari durante il periodo immediatamente conseguente alle dimissioni dall’ospedale.

Poco tempo fa ho dovuto fare un’operazione alla gamba. Si è trattato di un intervento sciocco, però mi faceva paura e mi spaventava. Ho rimandato l’intervento il più possibile perché non

volevo perdere il controllo del mio corpo. Va bene, è successo questo incidente, mi sono svegliata e mio papà mi ha detto “ti hanno amputato la gamba”. La cosa importante è che tenti in tutti i modi di non perdere il controllo sul tuo corpo.

La mia famiglia mi ha aiutato molto. Ero già andato via da casa, ma i rapporti erano buonissimi. Dopo l'incidente, nell'immediato e nel lungo termine mi sono sempre stati vicinissimi. Loro avevano anche la loro famiglia, ma sono sempre stati pronti ad aiutarmi. Anche adesso, se ho bisogno di qualcosa i miei genitori sono sempre disponibili. Sono stati limitanti in certi momenti, quando dovevo recuperare la mia autonomia, il mio spazio di vita. Con questi infortuni i genitori ritornano a vederti come un bambino e ti vogliono accudire su tutto. Se io avessi fatto come volevano loro, non riuscirei ancora a mangiare da solo. Ho dovuto riconquistarmi il mio spazio. Da loro ho avuto il massimo, anche in termini di tempo essendo pensionati. Il mio compito è stato quello di decidere fino a dove farmi aiutare. Loro non sanno dove smettere.

La seconda fase del processo di ridefinizione del sé si caratterizza maggiormente per l'attenzione verso le relazioni con l'ambiente esterno.

Un primo aspetto importante che emerge dai racconti dei nostri intervistati consiste in un processo che potremmo definire di “espulsione” dal gruppo. Le lesioni subite richiedono l'uso di supporti – stampelle, carrozzina, protesi più o meno visibili – che, nelle interazioni sociali, spesso rappresentano dei segnali stigmatizzanti. La persona traumatizzata, cioè, finisce per essere interpretata come un soggetto bisognoso di aiuto, dipendente, incapace di svolgere le più elementari funzioni. Più in generale, a causa della menomazione essa viene di fatto “espulsa” dal gruppo dei “normodotati”. Questo processo di eterodefinizione – che nella concettualizzazione dell'OMS corrisponde alla definizione di *handicap* – passa attraverso modelli relazionali rispetto ai quali possiamo individuare due diversi poli. Entrambi sono accomunati dal fatto di non “riconoscere” la persona traumatizzata per come essa si definisce. Il primo consiste nella negazione della relazione, vale a dire nel giudicare il traumatizzato non adeguato ad entrare in rapporto con l'interlocutore che ha di fronte. Il secondo chiama in causa lo stabilirsi di una relazione fondata esclusivamente sul fornire

aiuto anche nei casi in cui questo non viene richiesto. Alcuni esempi ci possono aiutare a comprendere meglio quanto abbiamo affermato:

Un problema è il rapporto con la gente che non conosco molto, o che mi conosceva di vista. Dicono di quelle stupidaggini. Mi chiedono se parlo, se so quello che dico, come faccio ad andare a letto, se ci vedo. Sono uscita con mia sorella ed una persona si è avvicinata ed ha chiesto “come sta tua sorella?”. L’ha chiesto rivolgendosi a lei, come se io non ci fossi. Oppure le dicono “sei brava che la porti fuori”, ma sono io che decido se ho voglia di uscire o di stare a casa.

In ospedale ci sono i volontari che ti danno da mangiare, ma con loro non mi trovo bene. Ognuno ha il suo modo di mangiare e bere. Io sono in carrozzina ma ho comunque le mie esigenze e voglio che le cose siano fatte in un certo modo. Se non voglio una cosa da mangiare non la voglio, non ho tre anni, non mi devi rimpinzare. La minestra non va buttata giù per il collo.

Una cosa che ha dato fastidio a me e alla mia famiglia è la convinzione delle persone, soprattutto quelle di una certa età, che se sei in una sedia a rotelle sei un handicappato alla stregua di un Dawn o di una persona con una lesione cerebrale. Ci sono persone che mi fermano per strada e che mi chiedono se non sarebbe meglio se fossi morta.

I primi mesi odiavo tutto, odiavo le persone che mi passavano davanti per aprirmi la porta, ma io so aprirmi una porta. Capisco il loro punto di vista perché anch’io quando lavoravo al bar e venivano i disabili a prendersi le sigarette ero molto premuroso. Ma dopo tre mesi che dico di lasciar stare, che so arrangiarmi, vorrei essere ascoltato.

Il fatto che sono in carrozzina non significa che io debba vivere in un mondo protetto.

Non è facile uscire da una situazione come la mia. Non è semplice, non si è accettati, si è sempre considerati diversi. Io non mi sento diversa da una qualsiasi ragazza, cerco di tenermi bene, di andare dalla parrucchiera, ci tengo alla mia immagine. Se la gente non è contenta di vedere una ragazza in carrozzina, io non ci posso fare niente.

Quando sei da solo in carrozzina non sei considerato, oppure, all'estremo opposto, hai persone gentilissime e quasi oppressive.

Inoltre, bisogna considerare le difficoltà relazionali causate dalle barriere architettoniche. Le parole di Mirko sono molto significative a questo proposito:

Mi sento pochissimo un disabile. Mi sento un disabile quando vado in un ristorante e mi trovo cinquanta scalini da fare.

Il secondo aspetto che ci sembra caratterizzare fortemente la dimensione delle relazioni sociali dei traumatizzati che abbiamo intervistato è legato alla ricerca di riconoscimento. La riduzione dell'ampiezza delle reti sociali di riferimento è dovuta, naturalmente in piccola parte, anche alla selettività della persona infortunata. Si prediligono i contesti relazionali in grado di fornire occasioni di conferma delle proprie abilità e di sostenere un'immagine positiva di sé. È importante, cioè, poter vivere interazioni che consentano di ricucire lo strappo con la propria vita *precedente* l'incidente, e di trovare una continuità biografica nei confronti delle strutture portanti della propria identità. Dalle narrazioni raccolte ci sembra di individuare tre contesti all'interno dei quali, con particolare forza, tale continuità viene ricercata e spesso trovata: il contesto occupazionale, quello dell'attività sportiva e l'ambito delle relazioni affettive e sessuali.

Nel caso del contesto dell'attività professionale, molto dipende dal tipo di occupazione che si aveva prima e dalle risorse che la persona è in grado di mobilitare per una eventuale riqualificazione professionale e quindi per una ricollocazione nel mercato del lavoro. In alcuni casi è possibile tornare a svolgere il lavoro che si faceva prima dell'incidente; in altri, data la giovane età, si conclude il periodo di scolarizzazione e dunque si cerca una collocazione lavorativa adeguata alle proprie capacità. In molti altri ancora, così come messo in luce dall'indagine della Fevr, le lesioni subite portano ad un abbandono del posto di lavoro ed alle conseguenti necessità di ricollocazione ²⁶. In ogni caso, l'aver subito un

²⁶ Il quarto caso sarebbe rappresentato dalla decisione di abbandonare l'attività lavorativa e di vivere con la pensione di invalidità. Una delle persone che abbiamo intervistato ha optato per questa scelta, favorita dal fatto che l'incidente si è

incidente invalidante obbliga ad affrontare un periodo di ridefinizione della propria vita occupazionale. Ciò vale per tutti, anche per chi torna nello stesso ambiente lavorativo di prima. Inoltre, abbiamo visto come in questo processo siano coinvolti anche i familiari ai quali è demandata la responsabilità della cura delle persone traumatizzate.

La ricerca di una continuità biografica nel contesto professionale è probabilmente il compito più difficoltoso che si pone alle vittime della strada. I problemi che si incontrano divengono rilevanti non solo dal punto di vista dell'immagine di sé, ma anche – e talvolta soprattutto – sul piano del procacciamento del reddito e quindi del livello di sussistenza. Nel fronteggiare le difficoltà di collocamento e di ricollocamento professionale è estremamente rilevante l'aiuto fornito dai servizi sociali e, soprattutto, dalle associazioni che lavorano a stretto contatto con le vittime della strada. Ancora una volta, uno degli ostacoli principali è rappresentato dalla carenza di corrette informazioni circa i diritti e le modalità per poterli esercitare autonomamente:

Poi c'è il problema del cambiamento della legge 482 del 1968. La persona doveva aspettare la chiamata, in base alla graduatoria. Così è funzionato fino al 1999 e molti pensano ancora di dover aspettare la chiamata. Noi stiamo tentando di contattare le persone e dire loro che non è più così, che il lavoro se lo devono cercare. Quindi devono fare un buon curriculum, un bilancio delle competenze. Le persone cominciano a venire da noi perché vanno al collocamento e lì li informano che non verranno più chiamati. Cambiano le leggi ma non ne viene data un'adeguata informazione.

[Responsabile ANMIC]

Ma gli ostacoli che si incontrano nell'inserimento lavorativo sono molti e di diversa natura. Se, da un lato, le persone con menomazioni e le associazioni che li sostengono cercano con forza di garantirsi e garantire un livello accettabile di integrazione lavorativa, dall'altro i rapporti con il mondo del lavoro sono spesso segnati da processi di espulsione e di marginalizzazione, soprattutto per le persone meno giovani e con minori risorse in termini di capitale sociale.

verificato durante il periodo lavorativo ed ha quindi portato ad una adeguata indennità di infortunio.

Quelli che vengono qui è perché non hanno un buon rapporto con la burocrazia. Con gli uffici che dovrebbero occuparsi di loro c'è un rapporto di sudditanza. Hanno avuto una porta in faccia dalle commissioni di invalidità o dalla polizia municipale e allora vengono qui. Quelli che vengono qui ci vogliono come intermediari con gli uffici amministrativi perché si fidano più di noi (...). Noi vediamo che arrivano soprattutto disabili adulti. Non riusciamo ad intercettare, se non in minima parte, disabili minorenni. Arrivano qui quando ormai non si sa più dove sbattere. Se sono minorenni bene o male alla fine della scuola ci arrivano (nonostante i problemi che comunque ci sono). Dopo la scuola bisognerebbe andare al lavoro e qui inizia il vero problema per un disabile.

[Responsabile ANMIC]

Le cause di tali difficoltà vanno ricercate in diversi fattori, quali l'andamento del mercato del lavoro ed i problemi nell'incontro tra domanda ed offerta occupazionale, ma anche nella debolezza delle misure di integrazione che vengono attivate in sede istituzionale. In un contesto come questo, l'attività di intermediazione e di accompagnamento delle associazioni del terzo settore riveste una importanza primaria. Non si tratta solamente di favorire il contatto tra la persona disabile ed il mondo del lavoro, ma anche e soprattutto di contribuire alla riqualificazione professionale di chi ha subito l'incidente e di lavorare con i referenti dell'ambiente di lavoro in vista dell'avvicinamento reciproco di tutti i soggetti coinvolti.

Per quanto riguarda le difficoltà nei confronti di questi ragazzi il problema è che tu arrivi fino ad un certo punto. La presa in carico di questi ragazzi non può essere solo individuale, nel senso che non si può gestire un ragazzo come potresti gestire un nevrotico. Sono ragazzi che hanno bisogno di una presa in carico più sociale (lavoro, inserimento sociale ...). Il nostro intento in associazione è anche quello di offrire interventi che prendano in carico questi aspetti. Tentiamo di formare percorsi di riqualificazione, di inserimento lavorativo, percorsi per la dignità stessa della famiglia. Le difficoltà non sono legate alla malattia: queste ci sono, ma si superano. Le difficoltà sono legate all'incontro con la società. Mancano posti di lavoro,

mancano riconoscimenti, ci sono percorsi burocratici troppo lunghi. L'ultima legge sull'inserimento lavorativo che modificò la legge 104 sembrò una rivoluzione. Prevedeva tirocini, la possibilità di avere periodi formativi e altre cose. Era finalizzata a sconfiggere la logica del posto pubblico per il disabile. Adesso non c'è più lo stesso fermento, sembra tutto bloccato.

[Responsabile Brain O.n.I.u.s.]

In questo settore le aziende hanno bisogno di molte informazioni su cosa sa fare il disabile. Non è sufficiente la competenza professionale perché questa è collegata all'abilità della persona. Quindi bisogna incrociare una serie di problemi per poter dare delle risposte adeguate.

[Responsabile Anmic]

Il contesto dell'attività sportiva – che rappresenta il secondo contesto in cui si cerca una conferma di sé – si rivela sin dai primi periodi una risorsa simbolica estremamente rilevante. Se nelle pagine precedenti ne avevamo discusso in riferimento al processo di riflessività interna della persona infortunata, in questo caso l'attività sportiva appare significativa sul piano delle relazioni esterne. Attraverso di essa, è possibile mettere tra parentesi lo stigma negativo, è possibile entrare in un sistema di interazioni dal quale si traggono forti sostegni rispetto ad una positiva immagine di sé. Tra tutte le testimonianze che ci sono state fatte, ne scegliamo una che ci sembra particolarmente efficace nel rendere conto di questi aspetti. Nonostante si tratti di una persona con un livello di abilità tale da permettergli di praticare un'attività fisica che altri non potrebbero fare, i significati che attribuisce allo sport possono essere generalizzati anche ad altri casi:

All'inizio non è stato facile inserirmi. In piscina, dove la protesi è visibile, ti sembra che tutti ti guardino. Poi un po' alla volta ho cercato di non farmi problemi anche se gli altri mi guardavano. Dopo ho iniziato a fare windsurf e non pensavo di riuscire a raggiungere il livello che ho raggiunto. E continuo a migliorare. Mi sono stupito di me stesso. Fanno fatica ad imparare le persone senza problemi ed io con una protesi riesco a fare molto. L'anno scorso eravamo in Sardegna e in un giorno in cui c'era un vento di quaranta nodi eravamo in mare in tre persone. Per me è stata una soddisfazione. A riva c'era un mio amico che vedeva una

persona andare benissimo sulla tavola e non ci credeva quando gli hanno detto che ero io. Una cosa bella è successa quando eravamo in un locale e c'era un ragazzo che continuava a fissarmi. Ad un certo punto si è avvicinato per farmi i complimenti perché mi aveva visto andare sulla tavola durante il giorno.

Il terzo contesto nel quale si cercano conferme identitarie è rappresentato dalle relazioni affettive e sessuali. In effetti, domande circa la possibilità di avere una vita sessuale soddisfacente emergono sin dai primi periodi della riabilitazione, e ad esse è riconosciuta una importanza significativa anche da parte del personale ospedaliero. In sostanza, la sfera dell'attività sessuale e riproduttiva rientra tra le diverse aree di funzionalità di cui ci si deve riappropriare. Sul piano dell'identità, qui ci preme sottolineare come la vita sessuale ed affettiva rappresenti un terreno relazionale in cui cercare importanti conferme di sé. Consideriamo ad esempio le parole di Alberto prima e di Flavia poi:

La sessualità è uno dei campi a cui all'inizio pensi di più. Non è solo non camminare, ma è dover confrontarti con un corpo diverso, ovviamente anche nella vita di coppia. C'è una parte fisica anche nel rapporto di coppia, che all'inizio pensi di aver perso totalmente e poi scoprire che non è così, anche se ci vogliono tempo e tranquillità per ricominciare. Proprio come devi imparare di nuovo a girarti, anche nella sfera sentimentale e sessuale è lo stesso, cambia il modo rispetto a prima.

Ho consultato i medici, non è facile andare da una ginecologa e spiegarle che hai avuto un trauma grave. Non sono preparate su queste cose, non le hanno studiate. Io sono andata a pagamento in una clinica privata, e ho trovato una ginecologa che mi segue. All'inizio trovavo medici che mi dicevano "se non hai la sensibilità cosa vuole che ci facciamo?". Con la precedente ginecologa ho avuto grossi problemi perché mi diceva che se non avevo la sensibilità la visita non mi serviva. Non è detto che perché una non va a letto con qualcuno non abbia problemi. Non lo trovo giusto. Se io non vado a letto con nessuno non è una cosa che riguarda il medico. E poi, anche se io non avessi la sensibilità, potrei ugualmente andare a letto con chi voglio. Alla fine mi ha visitato, ma non sono rimasta soddisfatta e perciò mi

sono rivolta altrove. Ho trovato una dottoressa preparata, che si è anche informata e con lei faccio degli esami periodici.

D'altro canto, come in parte abbiamo già anticipato, la sfera delle relazioni affettive e sessuali è quella nella quale vengono alla luce le differenze legate alle identità di genere, determinate soprattutto dai significati che la sessualità e la relazione sessuale assumono per gli uomini e per le donne. Le parole di Anna sono emblematiche:

Ho avuto una storia con un ragazzo in carrozzina che mi ha straziato il cuore. I maschi in carrozzina sono più razzisti delle persone in piedi. Uno in carrozzina fa di tutto per non innamorarsi di una donna in carrozzina perché ha bisogno di dimostrare, soprattutto agli amici, che è in grado di avere una donna perfetta. Perché l'uomo forte deve essere sessualmente potente. Ho parlato con parecchi amici che hanno di questi problemi. Per me, se cerchi di vivere la sessualità nella sfera degli affetti, come parte integrante dell'amore, allora diventa più vivibile, un aspetto normale. La donna ha sempre l'istinto materno ed è più portata all'amore oltre la sfera sessuale. Se l'uomo non ha la donna perfetta e una vita sessuale completamente soddisfacente, allora non regge.

Questo stesso aspetto lo abbiamo già incontrato nella discussione sulla distribuzione dei compiti di cura della persona disabile. Sia nella situazione in cui uno dei membri della coppia subisca un incidente invalidante, sia nelle relazioni affettive ricercate dalle vittime disabili, i modelli tradizionali di maschilità e di femminilità risultano chiaramente penalizzanti per le donne. Da un lato, esse sembrano poter contare di meno nella solidarietà del partner per le loro necessità di cura; dall'altro, alle donne disabili appare maggiormente negato il riconoscimento di sé nel quadro delle relazioni affettive e sessuali.

Chiudiamo la nostra analisi con un'ultima annotazione. Per quanto la frattura biografica possa essere netta rispetto al passato, il processo di ridefinizione del sé richiede delle strutture di significato che lo rendano plausibile alla luce delle esperienze accumulate nel corso della vita *prima* dell'incidente. Quello a cui occorre dare un significato accettabile dal punto di vista identitario è il processo di

“espulsione” dal gruppo dei “normodotati” e le sue conseguenze sui sistemi relazionali e sulle immagini di sé che vengono sviluppate.

Difficilmente il gruppo dal quale ci si sente più o meno respinti può costituire un modello di riferimento verso cui tendere, perlomeno non per lungo tempo. Partendo da questo presupposto, possiamo individuare due “strutture di plausibilità” in grado di supportare i mutamenti intercorsi in seguito al trauma.

La prima implica una presa di distanza dai codici di condotta e da tutto ciò che “i normali” considerano importante. In questi casi, la cesura con il passato viene rafforzata dalla convinzione che i veri valori cui attribuire importanza sono altri, e che la nuova realtà che si vive, per quanto dolorosa possa essere, fornisce un punto di vista ad essi più adeguato. Così come le relazioni veramente significative sono quelle che rimangono, mentre le altre ora sono giudicate come superficiali e centrate su aspetti effimeri.

Ho avuto certi amici che pensavo fossero tali, ma in realtà con loro andavo solo in discoteca. Credo che se avessi chiesto loro di aiutarmi non sarebbero mai venuti.

Io penso che una persona normale, in piedi, sia per forza più veloce nel fare le cose. Se invece sei seduto vai più piano ma vedi di più le cose. È come la saggezza dei nonni, che non si agitano mai, perché sanno che i problemi si superano, tutto si supera, anche un dolore che magari dovrai sopportare da oggi fino al giorno della tua morte.

D'altra parte – e questo è il secondo schema di significato che abbiamo individuato – la ridefinizione di sé passa anche attraverso la ridefinizione del gruppo al quale si è associati. Questa ci sembra una possibile chiave per interpretare il fatto che tutti i nostri intervistati ci hanno raccontato di considerare estremamente importante riuscire a fare qualcosa a beneficio di tutti coloro che condividono la stessa condizione. Spesso, a fornire l'occasione è l'attività sportiva; in altri casi l'impegno è maggiormente orientato alla sfera dei diritti o a quella della fornitura di un servizio adeguato in grado di rispondere nel miglior modo possibile alle diverse esigenze. È da quest'ultima spinta che nascono le associazioni maggiormente impegnate nel lavoro con i traumatizzati in seguito ad incidenti stradali.

CAPITOLO 3.
VIVERE DOPO UN INCIDENTE STRADALE: DIFFICOLTÀ
METODOLOGICHE NELLA RILEVAZIONE DEI DATI.

3.1 Introduzione.

Nei capitoli precedenti abbiamo considerato il fenomeno dell'incidentalità, cercando di approfondire e dare spazio agli aspetti meno noti e meno dibattuti. È possibile affermare che la rilevazione delle informazioni legate alla sicurezza stradale negli ultimi anni è stata caratterizzata da un progressivo miglioramento nella definizione del fenomeno e nella modalità di raccolta dei dati. Esiste tuttavia un filo conduttore che influenza pesantemente i diversi aspetti che ruotano attorno al fenomeno. Abbiamo individuato nella mortalità il parametro di riferimento che accomuna la stima dell'andamento dell'incidentalità, il processo di *news making* e la misurazione dell'efficacia delle politiche di prevenzione e contrasto. Restringere il dibattito a questo aspetto comporta delle ripercussioni a diversi livelli sulla costruzione sociale del fenomeno, sulla sua percezione, sulla sua definizione ed inevitabilmente sulla modalità di intervento. A livello concettuale focalizzare sulla mortalità comporta un meccanismo di espulsione del problema dalla dimensione della vita quotidiana ed una sua collocazione al di fuori dell'ambito della riflessività collettiva. Questo, come abbiamo avuto modo di approfondire nei capitoli precedenti, ha come conseguenza principale "l'invisibilità" degli altri aspetti legati al fenomeno. A livello metodologico questa invisibilità si manifesta attraverso un monitoraggio centrato sullo stesso parametro: il numero dei deceduti.

Come si spiega una produzione statistica che si limita a distinguere tra morti e feriti senza alcuna indicazione sul livello di gravità di questi ultimi? Spostare l'attenzione sui feriti permetterebbe di definire in modo più significativo l'andamento di un fenomeno molto complesso e dagli aspetti spesso contraddittori. Primo fra tutti ci consentirebbe di focalizzare sulle persone sopravvissute e sulle conseguenze dell'incidente sulla loro vita.

Vista la difficoltà nel reperire questo tipo di informazioni su scala nazionale o locale ci siamo rivolti direttamente alle strutture istituzionalmente preposte al soccorso, alla cura ed alla riabilitazione dei feriti: gli ospedali. Abbiamo scelto due "case studies", due strutture ospedaliere con caratteristiche da noi considerate rilevanti

ai fini dell'oggetto della ricerca. Abbiamo constatato che esistono significative difficoltà metodologiche che impediscono di mettere a fuoco le diverse dimensioni dei traumi non mortali. Il problema va ad incidere su differenti aspetti del fenomeno: sulla possibilità di una determinazione quantitativa dei feriti sulla base dei vari livelli di gravità, di una valutazione esaustiva dei costi sociali ed individuali legati al trauma, di un'individuazione di parametri per la valutazione dell'entità dei danni funzionali permanenti riportati a seguito dell'incidente.

Molteplici sono le ragioni di questi vuoti informativi nel panorama dei dati sull'incidentalità. Innanzitutto esiste una significativa frammentazione delle informazioni riguardanti le persone al momento del ricovero in ospedale. L'accesso dei feriti alla struttura ospedaliera può avvenire con mezzi diversi e per canali diversi. Le modalità di raccolta dei dati sono spesso eterogenee, non complementari e funzionali prevalentemente all'attività del servizio che le gestisce.

Un altro nodo problematico può essere individuato all'atto dell'uscita. Nonostante le dimissioni siano un parametro significativo almeno ai fini della quantificazione dei feriti (indipendentemente dalla modalità di dimissione tutti i ricoverati lasciano l'ospedale) le difficoltà sono legate allo strumento utilizzato per la raccolta di informazioni. La Scheda di Dimissione Ospedaliera è una modalità di rilevazione dei dati riguardanti le persone sottoposte a cure ospedaliere adottata in tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati esistenti sul territorio nazionale. Si tratta di un sistema di raccolta ricco di informazioni, considerato anche dall'Istat nelle statistiche sulla salute, che tuttavia presenta dei limiti che ne inficiano parzialmente l'attendibilità.

In generale ciò che sembra emergere è un problema di discontinuità e non comparabilità dei dati a causa dell'eterogeneità dei sistemi di raccolta. La difficoltà si presenta a diversi livelli: da problemi di aggregazione dei dati tra servizi all'interno della stessa struttura, all'impossibilità di un confronto e di un'aggregazione delle informazioni tra diversi ospedali.

Attraverso l'analisi dei due casi di studio che descriveremo nelle pagine successive, abbiamo cercato degli strumenti che ci permettessero di cogliere ed approfondire i seguenti aspetti del fenomeno: il numero delle persone assistite a causa di un incidente stradale, i loro dati demografici, l'iter terapeutico al quale vengono sottoposte, i danni funzionali che sviluppano, l'entità dei costi individuali e sociali legati al trauma e l'organizzazione del servizio

ospedaliero. Per rispondere a questi quesiti, in primo luogo abbiamo ricostruito il percorso terapeutico dell'incidentato e le diverse professionalità coinvolte nella cura. È stato quindi possibile mettere in relazione l'attività ospedaliera con la modalità di raccolta delle informazioni sul traumatizzato nelle fasi che abbiamo ritenuto più significative: l'entrata e l'uscita dalla struttura ospedaliera. Abbiamo infine scelto una "nuova via"; abbiamo tentato una rielaborazione dei dati esistenti sulla base delle nostre esigenze e nel tentativo di colmare i vuoti conoscitivi.

I risultati se da un lato hanno fatto emergere gli ostacoli che si frappongono ad una più attenta rilevazione statistica, dall'altro ci hanno permesso di considerare nuovi indicatori ed altre prospettive interpretative sul fenomeno degli incidenti stradali.

3.2. I due case studies.

In questo paragrafo abbiamo preso in considerazione i due casi di studio scelti, ne descriveremo le caratteristiche principali e forniremo alcune indicazioni sul fenomeno dell'incidentalità nelle due città in cui si trovano ad operare.

L'Ospedale "Niguarda Ca' Granda" di Milano è costituito in Azienda Ospedaliera ed è uno dei cosiddetti "grandi Ospedali" pubblici di Milano. L'ospedale "S. Bortolo" fa parte dell'Azienda U.I.ss. n. 6 "Vicenza"²⁷. Considerato l'oggetto della nostra ricerca, la struttura ospedaliera doveva costituire un polo di attrazione e non un polo di fuga per i traumatizzati. Questo si traduce, in pratica, nella presenza all'interno dell'ospedale di personale e strutture altamente specializzate. Il S. Bortolo ed il Niguarda offrono in questo senso particolari garanzie: la presenza di reparti qualificati, dell'Unità Spinale Unipolare e della Sede Operativa per le emergenze ed urgenze (cosiddetto "118").

Consideriamo nel dettaglio queste caratteristiche.

In primo luogo entrambe le strutture ospedaliere sono dotate di una Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione e di altre specialità particolarmente rilevanti quando l'evento lesivo sia di origine traumatica (neurochirurgia, ortopedia, neurologia, medicina fisica e riabilitativa ecc.).

Altro aspetto rilevante è la presenza dell'Unità Spinale Unipolare. Si tratta di una unità operativa destinata all'assistenza, sin dal momento dell'evento lesivo, di persone con lesioni midollari, anche se non necessariamente di origine traumatica. Lo scopo è di permettere ai soggetti mielolesi di "raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la

²⁷ Per quanto riguarda la forma giuridica delle due strutture ospedaliere scelte, riteniamo opportuno accennare ad alcuni aspetti fondamentali. I due ospedali sono funzionalmente collegati a due regioni diverse che ne regolamentano l'attività. All'unità locale socio- sanitaria spetta la gestione dei servizi sanitari ma anche dei servizi sociali (su delega dei Comuni) attraverso le proprie strutture (distretti socio sanitari, medici di base, specialisti). Nel caso della Lombardia i Servizi Sociali sono di competenza di altri enti locali e si differenziano giuridicamente dalle strutture che erogano servizi sanitari (Aziende Sanitarie Locali, dette A.S.L.). Il presidio ospedaliero S. Bortolo fa parte di una U.I.ss. Il legame con gli abitanti, il collegamento con le strutture del territorio e soprattutto il finanziamento da parte della Regione sulla base di una quote pro-capite sono aspetti caratterizzanti. In un'Azienda Ospedaliera invece, come nel caso del Niguarda, si forniscono prestazioni che verranno poi rimborsate sulla base del D.R.G. (Gruppo relativo di diagnosi, vedi paragrafi successivi) stabilito a livello governativo.

lesione”. L’unità Spinale Unipolare è una unità operativa autonoma che utilizza le risorse professionali e strumentali presenti nella struttura nella quale è inserita, “in modo da garantire unitarietà dell’intervento e approccio multidisciplinare, sia nella fase precoce che in quella riabilitativa”²⁸. Attualmente ne esistono sette in tutto il territorio nazionale, localizzate al Centro ed al Nord Italia, con caratteristiche stabilite a livello ministeriale e riconosciute dalla Regione in cui sorgono.

Nelle pagine precedenti abbiamo parlato dello studio “Gisem”, un’indagine sui Centri del Gruppo italiano di Studio Epidemiologico sulle Mielolesioni, una ricerca che ha coinvolto 37 Unità Spinali e Centri Riabilitativi italiani, il cui “*scopo è stato quello di descrivere le caratteristiche dei sistemi assistenziali per la mielo lesione in Italia e di confrontare le diverse modalità organizzative sulla base di alcuni parametri, quali i tempi di degenza, il livello di autonomia e le complicanze*” [Tarocco, Adone *et alii* 2000]. Da questo studio è emerso che la maggior parte dei pazienti è costituita da persone traumatizzate e che, tra queste, uno degli eventi più frequentemente legato all’origine del trauma è l’incidente stradale. Particolarmente significativo è che gli incidenti stradali sono la causa principale delle lesioni midollari, un tipo di danno dagli effetti fortemente disabilizzanti. L’Unità Spinale, occupandosi di queste lesioni, è diventata uno dei percorsi che abbiamo scelto per entrare nel mondo del “dopo trauma” e della disabilità. Non tanto, in questo caso, per mettere a fuoco gli aspetti strettamente quantitativi, obiettivo già raggiunto con lo “Studio Gisem”, ma per cercare di cogliere una delle risposte istituzionali. Inoltre il tipo di organizzazione e di attività particolarmente orientate alla collaborazione con le altre unità operative ed al collegamento con i servizi e le strutture esistenti sul territorio, ci hanno permesso una visione ampia della rete socio-sanitaria costruita attorno al traumatizzato.

Un’altra caratteristica rilevante che abbiamo considerato nella scelta dei due *case-studies* è il “Servizio 118”. L’ospedale Niguarda Ca’ Granda di Milano e l’ospedale S. Bortolo di Vicenza sono dei punti di riferimento a livello provinciale ospitando al loro interno la Sede Operativa del Servizio 118. Il cosiddetto “118” è un servizio che si occupa di emergenza sanitaria territoriale attraverso una linea telefonica gratuita a cui si possono rivolgere tutte le persone con un immediato bisogno di aiuto sanitario. La sede della Centrale

²⁸ Definizioni tratte da “Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione” in GU 30 maggio 1998, n. 124.

Operativa è unica su un territorio provinciale; ad essa confluiscono tutte le chiamate e ad essa spetterà la gestione delle risposte attivando le risorse esistenti nel territorio. In pratica ad ogni chiamata l'operatore effettua una prima valutazione della gravità e dell'entità del bisogno ed invia il tipo di aiuto più vicino e ritenuto più opportuno (ambulanza, auto-medica o altro). Ogni Centrale Operativa è ovviamente collegata con tutte le strutture che trattano l'emergenza esistenti sul territorio. Può inoltre collegarsi con le diverse forze pubbliche e con le Centrali Operative delle altre province. La Centrale del Servizio 118 risponde principalmente per la propria zona ma può essere attivata per interventi in zone confinanti o per emergenze di particolare entità.

Questi sono stati gli aspetti più rilevanti che ci hanno spinto alla scelta dell'Ospedale "Niguarda Ca' Granda" e dell'Ospedale "S. Bortolo" come case studies. Non sono ovviamente trascurabili la disponibilità e l'interesse alle tematiche proposte manifestati dal personale di entrambe le strutture. La collaborazione con i due ospedali si è concretizzata in modalità diverse e questo ci ha permesso di ampliare l'orizzonte della nostra ricerca utilizzando i due contributi in modo complementare.

Per quanto riguarda l'ospedale di Vicenza abbiamo approfondito direttamente la conoscenza della struttura e delle diverse professionalità operanti nell'Unità Spinale. È stato inoltre possibile un accesso reale ai diversi servizi e alle banche dati. Alcune parti del lavoro che abbiamo presentato sono il frutto di una collaborazione diretta con il personale nel tentativo di ricostruire l'incidenza dei traumi sulla popolazione ospedaliera. Particolarmente prezioso è stato in questo senso il supporto e la disponibilità del Servizio Amministrativo Ospedaliero, del Controllo di Gestione e del Servizio 118.

Le indicazioni ricevute presso l'Unità Spinale dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda ci hanno indirizzato nel nostro lavoro di ricostruzione del panorama dei servizi socio-sanitari ai traumatizzati, sia a livello ospedaliero locale che nazionale. Il Servizio Qualità ed il Servizio 118 hanno fornito un supporto nella valutazione delle diverse fonti di dati. Sono inoltre stati messi a nostra disposizione i dati raccolti dalla Centrale Operativa.

In sintesi la collaborazione con l'ospedale di Vicenza si è risolta in un concreto lavoro di studio, approfondimento e ricerca sulla gestione di interventi e dati nei confronti di persone traumatizzate. Il lavoro con il personale dell'ospedale Niguarda è

stato invece caratterizzato da un'attività di consulenza e confronto nelle varie fasi della ricerca.

Riteniamo opportuno dare alcune informazioni, a titolo indicativo, sulla collocazione nel panorama degli incidenti stradali dei due contesti territoriali in cui operano gli ospedali scelti. I dati riguardano l'anno 2001.

Tab. 9. *Incidenti e persone infortunate per Provincia e Regione*²⁹.

Città e Regioni	Incidenti		Morti		Feriti	
	Valori	%	Valori	%	Valori	%
Milano	30.807	13	293	4	42.564	13
Lombardia	51.872	22	1.055	16	72.840	22
Vicenza	3.219	1	97	1	4.383	1
Veneto	20.717	9	684	10	29.137	9
ITALIA	235.142	100	6.682	100	334.679	100

Fonte: nostra elaborazione dati Istat-Aci [2003].

Il numero di abitanti, riferiti all'anno 2001, della Provincia di Milano è 3.773.893 e della Provincia di Vicenza è 794.845³⁰. Vicenza ha indicativamente un quinto degli abitanti di Milano.

Se consideriamo il numero degli incidenti e dei feriti il rapporto tra le due città diventa 1 a 10. Diverso è il peso se si considera il numero dei morti: 1 a 3. Il 3% degli incidenti che avvengono a Vicenza hanno conseguenze mortali contro l'1% di Milano. Da questi dati emerge una importante caratteristica che differenzia i contesti in cui le due strutture ospedaliere si trovano ad operare. Una grande città come Milano presenta una maggiore propensione all'incidentalità ma una mortalità inferiore rispetto a Vicenza: si verificano più incidenti, ma con conseguenze meno gravi. Il peso delle due città anche a livello regionale si differenzia molto: a Vicenza avvengono il 15% degli incidenti del Veneto, a Milano il 59% della Lombardia.

²⁹ Le percentuali sono calcolate sui totali nazionali.

³⁰ Dati tratti dal sito web ufficiale delle due Province.

3.3. L'incidente stradale: il percorso del traumatizzato.

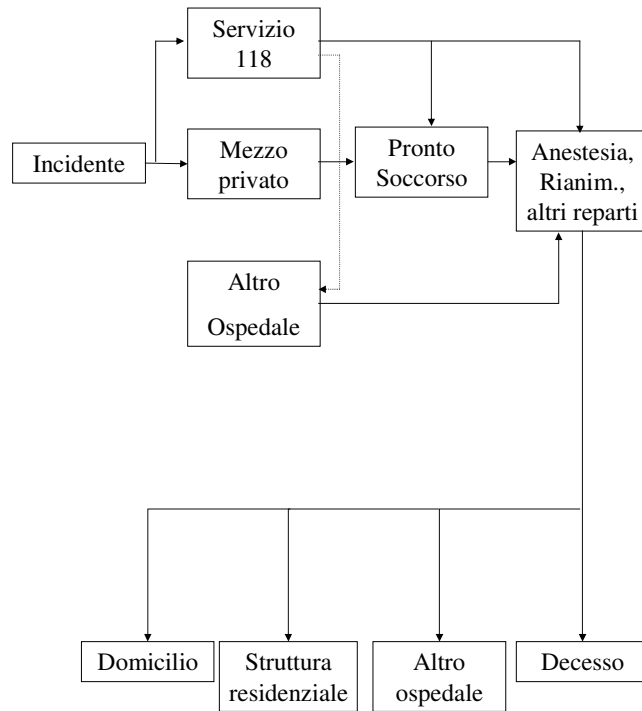
“Cosa accade ad una persona che viene ferita in un incidente sulla strada?” È questo il primo quesito, apparentemente banale, che ci siamo posti ai fini di una valorizzazione degli aspetti più trascurati legati al fenomeno dell'incidentalità, sia dal punto di vista individuale che strutturale. Grazie al confronto con il personale dei due ospedali scelti come case studies, è stato possibile ricostruire i canali di accesso alle cure ospedaliere ed il percorso terapeutico interno. La cura del ferito a seguito di un trauma può essere suddivisa in tre momenti: accettazione in ospedale, iter diagnostico e riabilitativo e dimissioni.

Per un verso l'analisi della modalità di gestione di queste fasi da parte della struttura ospedaliera ci ha messo in grado di vagliare i diversi strumenti e metodologie di rilevazione e di evidenziarne le caratteristiche principali. Per un altro verso il materiale raccolto ci ha permesso di definire – seppure a grandi linee – il panorama degli interventi, ospedalieri e non, in favore delle persone traumatizzate.

Due momenti sono risultati particolarmente significativi ai fini della raccolta di informazioni sugli incidenti e sui feriti: l'entrata e l'uscita dalla struttura sanitaria. Se l'accettazione presso l'ospedale ci ha spinto a concentrarci sull'attività del Servizio di Pronto Soccorso e del Servizio 118, il momento dell'uscita ha spostato l'attenzione da un iter strettamente medico finalizzato alla cura della persona ad un iter amministrativo che mette in gioco anche altri aspetti dell'attività di una struttura ospedaliera (v. paragrafi successivi).

La Figura 4, nella pagina seguente, sintetizza le tappe principali del percorso di una persona ferita a seguito di un incidente stradale.

Fig. 4. Il percorso dell'incidentato



Fonte: Nostra elaborazione informazioni raccolte.

Le vie per l'accettazione ed il ricovero presso un ospedale sono fondamentalmente due: il Pronto Soccorso ed il reparto³¹.

Nel primo caso la persona soccorsa sulla strada viene trasportata al Pronto Soccorso; qui vengono raccolte le prime informazioni e viene fatta una prima valutazione delle sue condizioni cliniche. La consulenza presso il Pronto Soccorso può avere diversi esiti. Il paziente, ad esempio, può essere visitato e poi rinviato a domicilio, oppure può essere mandato in un reparto per una visita specialistica e poi inviato al medico curante. Nel nostro caso ci siamo occupati esclusivamente degli accessi a cui è seguita l'ospedalizzazione.

La seconda modalità di accettazione consiste nell'invio al reparto. Le circostanze possono essere: urgenza di intervento, trasporto da altro ospedale, ricovero programmato. Il paziente che si trovi in condizioni gravi che richiedano un intervento tempestivo viene trasportato direttamente nell'Unità Operativa di competenza, solitamente Anestesia e Rianimazione. Nel caso di trasferimento da altri ospedali, la struttura ricevente è a conoscenza dell'arrivo dell'incidentato, è già stato eseguito un accertamento delle sue condizioni cliniche e prestazioni necessarie, non ha senso quindi la funzione di filtro e di prima consulenza da parte del Servizio di Pronto Soccorso. Si segue questa procedura anche per i ricoveri programmati.

Considerate le vie di accesso all'ospedale passiamo ora a considerare i possibili mezzi di arrivo. Il trasporto di una persona ferita dal luogo dell'incidente può essere effettuato da un privato cittadino. Si tratta solitamente dei traumatizzati meno gravi e l'accesso alla struttura ospedaliera avviene tramite il Pronto Soccorso. Il mezzo più comune con il quale la persona incidentata raggiunge l'ospedale è il Servizio 118. Come già accennato nel paragrafo precedente, qualsiasi chiamata dalla provincia con richiesta di aiuto sanitario urgente viene ricevuta dalla Centrale Operativa. L'operatore valuta se inviare un mezzo interno oppure se ricorrere a mezzi delle altre strutture di emergenza operanti sul territorio. Nel primo caso la gravità del ferito costituisce il fattore determinante nella scelta tra l'accesso tramite Pronto Soccorso o direttamente in reparto. Nel caso di attivazione di mezzi di altre strutture, il traumatizzato viene ricoverato in un altro ospedale;

³¹ Il reparto costituisce una delle possibili suddivisioni dell'unità operativa, ma in queste pagine verrà utilizzato nel suo senso di uso comune, inteso come settore ospedaliero organizzato nella cura di malattie inerenti ad una determinata specializzazione.

l'evento si conclude con il semplice passaggio di consegna, l'incidente risulta tra le chiamate ricevute dal Servizio 118 ma non tra i ricoveri. È solo in circostanze particolari, per l'eventuale mancanza di posti letto o per la necessità di interventi specialistici, che il paziente viene trasferito in un reparto dell'ospedale anche se il primo soccorso è stato fornito dal personale di un'altra struttura.

Quando l'incidentato entra in reparto si aprono due procedure. Un iter strettamente medico che comporta l'apertura di una Cartella Clinica dove vengono raccolte tutte le informazioni sullo stato di salute, sugli interventi e cure effettuate, ed un iter amministrativo che si concluderà con la stesura della Scheda di Dimissione Ospedaliera. L'iter terapeutico e riabilitativo può ovviamente prevedere la degenza in più reparti.

Il ricovero termina con la dimissione. Con l'atto di dimissione si conclude ufficialmente il percorso del paziente. Potranno seguire visite di controllo, day hospital, ulteriori ricoveri, ecc.; si tratta di aspetti della cura che non abbiamo ritenuto opportuno approfondire in questa sede.

Tra le tipologie di dimissione rientrano anche i casi di morte del paziente. A questo proposito vale la pena di soffermarsi sulla modalità di gestione dei decessi. Ci sono dei presupposti legislativi da considerare come determinanti. Per la legge italiana non si può trasportare un cadavere senza l'autorizzazione dell'autorità competente e la constatazione del decesso può essere effettuata esclusivamente da un medico. La persona deceduta sul posto viene registrata dal Servizio 118 con il cosiddetto "Codice nero"³². La constatazione di decesso può essere effettuata solo da un medico che non sempre è presente nel mezzo di soccorso. Il cadavere viene lasciato sul luogo dell'incidente fino all'autorizzazione del suo trasporto. L'ambulanza può trasportare esclusivamente persone molto gravi, quindi codici rossi, che possono diventare neri lungo il tragitto o una volta giunti in ospedale. In questo caso il decesso sarà registrato dal Pronto Soccorso o dal Reparto. È ipotizzabile che questi limiti possano influenzare la rilevazione delle informazioni.

³² I colori del *triage* sanitario rispondono ad un'esigenza di valutazione del livello di gravità di un paziente. Essi sono (in ordine crescente di urgenza): bianco, verde, giallo, rosso e nero. Il codice nero indica una persona deceduta.

3.4. Le modalità di rilevazione dei “dati in entrata”.

Questo breve excursus sulla gestione delle emergenze nell’attività ospedaliera ci ha consentito di individuare le fasi più significative nell’iter dell’incidentato ai fini della raccolta di informazioni. In questo paragrafo ci soffermeremo sul momento di entrata nella struttura ospedaliera. Prenderemo in considerazione i due case studies ed analizzeremo gli strumenti di rilevazione ed i dati del Servizio di Pronto Soccorso e del Servizio 118. Per quanto riguarda l’Ospedale S. Bortolo di Vicenza abbiamo avuto accesso diretto alle due unità operative ed è stata quindi possibile l’analisi nei dettagli delle caratteristiche delle diverse modalità di rilevazione. Per l’Ospedale Niguarda Ca’ Granda lo studio delle informazioni e la loro valutazione in funzione degli obiettivi che ci siamo proposti, non è stato fatto direttamente da noi, ma tramite l’Ufficio Qualità e la “Centrale Operativa Emergenza Urgenza 118” di Milano.

Ciò che è emerso da questo lavoro sono le difficoltà ai fini di una ricostruzione esauriente del panorama dei feriti e degli incidenti stradali. Molteplici rimangono gli aspetti non rilevati e da noi considerati importanti ai fini una comprensione soddisfacente del fenomeno. Il confronto tra i due ospedali ha posto inoltre l’accento sulle diverse modalità di raccolta. Si apre quindi l’interrogativo sulle scelte aziendali, sui parametri in base ai quali una struttura ospedaliera pubblica opta per un particolare sistema di rilevazione dati rispetto ad un altro, con conseguente valorizzazione di alcune informazioni a discapito di altre. A questo proposito ci è sembrato opportuno dare spazio ad alcune osservazioni da parte degli stessi addetti ai lavori che possono fornire uno spunto interpretativo su cui forse varrebbe la pena di riflettere.

Per quanto riguarda l’analisi delle diverse fonti di dati, presso l’Ospedale S. Bortolo di Vicenza abbiamo preso in considerazione le schede di accettazione usate dal Pronto Soccorso. Si tratta di un modulo informatizzato compilato dal personale infermieristico accettante con dati anagrafici, dati generali (numero pratica, data, ora) e condizioni cliniche. Successivamente viene aggiornato con indicazione delle prestazioni e consulenze effettuate, la diagnosi e l’esito. È interessante la presenza di uno spazio da compilare in caso di incidente sulla base di quanto dichiarato dal paziente con indicazione della tipologia, della località, delle circostanze, dell’ora, della responsabilità e dell’eventuale copertura Inail (in caso di sinistri in orario di lavoro).

Avrebbe potuto essere una modalità di rilevazione particolarmente ricca di informazioni; ci sono però alcuni limiti che ne rendono difficile l'utilizzo in funzione del nostro obiettivo. Si tratta di problematiche relative alla rappresentatività dei dati rispetto all'universo della popolazione ospedaliera e alle caratteristiche riguardanti l'interpretabilità e la rielaborazione delle schede.

Per quanto concerne il primo aspetto e ritornando ai possibili percorsi dell'incidentato è evidente come rimangano esclusi dai dati del Pronto Soccorso i casi trasportati dal Servizio 118 direttamente in reparto e gli eventuali trasferimenti da altri ospedali. Si può ipotizzare che l'esclusione riguardi soprattutto gli incidentati più gravi che richiedono un ricovero in Anestesia e Rianimazione o in reparti particolari di cui non sono dotati molti ospedali. Dando per scontato che consistano in una minoranza, ai fini della nostra ricerca si tratta sicuramente dei casi più rilevanti in quanto è molto più probabile che siano questi ricoverati a riportare danni funzionali permanenti e di una certa entità.

Per quanto riguarda i limiti intrinseci delle schede si sono evidenziati due tipi di problemi. Il primo consiste nella possibile omissione del campo "incidente stradale" all'atto della compilazione. La mancata indicazione di questa informazione comporta un'esclusione del caso dalla categoria di appartenenza effettiva con una conseguente sottostima del fenomeno. Si fa presente che l'operatore si trova a lavorare nell'emergenza e la maggiore o minore accuratezza nella compilazione dei moduli può variare in funzione della mole di lavoro. Il secondo problema consiste in difficoltà nell'interpretazione dei dati relativi all'incidente. Si tratta di note che descrivono brevemente la dinamica ma con una modalità a discrezione dell'operatore, non con opzioni predeterminate. Conseguentemente i casi non sono classificabili in categorie omogenee di cui misurare la frequenza. Non è quindi possibile una lettura significativa che vada oltre il singolo caso specifico.

Passiamo ora all'analisi dell'altra potenziale fonte di informazioni nel momento di entrata del paziente. Il personale della Sede Operativa 118 ci ha guidato nel sistema di raccolta dati adottato dall'ospedale S. Bortolo. Un primo aspetto che abbiamo tentato di valutare sono le possibili variazioni nella stima rispetto al numero reale dei feriti in incidenti stradali. Il bacino d'utenza delle chiamate comprende tutta la provincia di Vicenza. Al numero telefonico del Servizio arrivano tutte le richieste di soccorso sanitario a cui si risponderà inviando i mezzi dell'ospedale "S.

Bortolo” oppure mezzi di altre strutture ospedaliere. Prendiamo in considerazione il primo caso, l’invio di soccorsi interni, e ritorniamo alla Figura 4 sulle modalità di accettazione ospedaliera. Appare evidente che i dati esclusi dalla rilevazione del Servizio 118 sono relativi ad incidentati trasportati con mezzi privati; l’universo di riferimento è quindi sottostimato. Un altro fattore da considerare è che un trasporto in ospedale non coincide necessariamente con il ricovero. C’è anche la possibilità che il paziente venga solamente visitato o medicato e dimesso il giorno stesso.

Tenuto presente questi limiti ci siamo addentrati nella modalità di raccolta dei dati. Ogni chiamata ricevuta dal servizio deve essere etichettata come evento traumatico oppure come evento medico. Nella prima categoria rientrano tutte le emergenze legate a lesioni dovute ad azioni violente di agenti esterni. Il campo comprende incidenti sulla strada, incidenti domestici, comportamenti autolesivi, esiti da violenze, incidenti sul lavoro, ecc. La seconda categoria è residuale e riguarda tutti i casi di emergenza sanitaria non traumatica. Le chiamate a seguito di un incidente stradale, rientrando nella prima categoria potenzialmente molto vasta, non possono essere individuate. Non c’è possibilità di selezionare la causa “incidente stradale”. Anche in questo caso per un’informazione di questo tipo è necessario ricorrere alle note, dove l’operatore descrive brevemente la dinamica o notizie utili per l’organizzazione del soccorso. Non essendo possibile suddividere i casi in categorie omogenee, le informazioni non possono essere interpretate in modo quantitativamente e qualitativamente, per noi, significativo.

In sintesi, entrambe le modalità di rilevazione dei dati nel momento dell’entrata del paziente adottate dall’Ospedale di Vicenza hanno presentato delle lacune in relazione agli obiettivi che ci siamo preposti. Se consideriamo in particolar modo la possibilità di una quantificazione dei traumi da incidente stradale in rapporto alla popolazione ospedaliera, risulta palese come possa essere effettuata in modo molto approssimativo (con una tendenza alla sottostima) considerando gli accessi all’Unità Operativa di Pronto Soccorso. I dati del Servizio 118 invece, non sono in alcun modo utilizzabili per le ragioni sopra spiegate.

Per quanto riguarda l’ospedale Niguarda Ca’ Granda, la possibilità di prendere in considerazione i dati rilevati tramite il programma utilizzato dall’Unità Operativa di Pronto Soccorso è stata scartata. Le ragioni sono pressoché le stesse che ci hanno spinto a scartare la medesima fonte a Vicenza: la tendenza alla

sottostima dei casi e la difficoltà nella selezione dei ricoveri dovuti ad incidente stradale.

Abbastanza analitico è risultato invece il programma adottato dalla Centrale Operativa Emergenza Urgenza 118 Milano. Nei capitoli precedenti abbiamo presentato i dati forniti riferiti all'anno 2002: il motivo delle chiamate al servizio e la classificazione dei feriti in base alla dinamica dell'incidente in cui sono stati coinvolti. I primi hanno messo in evidenza come l'attività di emergenza sanitaria della provincia di Milano sia determinata in modo rilevante dagli incidenti stradali. Essi ci hanno fornito inoltre un numero indicativo dei feriti nella provincia. La loro lettura potrebbe essere ulteriormente significativa soprattutto in un'ottica di confronto con dati analoghi di altre province o su larga scala. Come emerso dal confronto tra le modalità di raccolta nei due case studies, un forte limite è dato dall'eterogeneità dei sistemi utilizzati dalle Centrali Operative 118 esistenti sul territorio nazionale. Per quanto riguarda la classificazione dei feriti in base alla dinamica dell'incidente in cui sono stati coinvolti, un aspetto rilevante è la mancanza di informazioni sulla gravità delle conseguenze. Non si può constatare quante persone tra i feriti subiscano danni rilevanti con cui dovranno convivere per il resto della loro vita.

Proprio per sua natura il Servizio 118 segue il momento del primo soccorso. La modalità di raccolta dati è funzionale a questa esigenza e non prevede un collegamento finalizzato a cogliere le conseguenze dell'emergenza o una valutazione attendibile delle cause che la hanno originata.

“Noi sappiamo solo ciò che succede in strada, non facciamo un follow up di ciò che succede ai nostri pazienti, anche se sarebbe interessante farlo per capire la gravità di ciò che trattiamo” ha affermato un operatore del Servizio 118 di Vicenza, esprimendo l'esigenza di prospettive più ampie, di una visione più completa dei fenomeni su cui interviene. Indicativa in questo senso può essere considerata anche l'intenzione espressa dal personale del Servizio 118 di Milano di costruire una banca dati sui traumi. Accanto ad un piano strettamente operativo che non può scostarsi dall'intervento mirato e circoscritto c'è un piano di conoscenza, di riscontro e valutazione del proprio operato, che spinge verso una visione più ampia del fenomeno su cui si interviene. A questo aspetto gli strumenti di lavoro analizzati fino ad ora non sembrano riservare ancora abbastanza spazio. Molteplici sono probabilmente le ragioni. È però ipotizzabile che un peso rilevante abbia la mancanza di interessi economici ai fini di una pressione all'indagine sui vuoti

informativi dell'iter terapeutico. Riportiamo, a questo proposito, le osservazioni di un'infermiere che ha lavorato nel Servizio 118 di Vicenza.

“Credo che la ragione per cui non si investe in strumenti per la rilevazione omogenea e su larga scala dei feriti sia prevalentemente economica; non esistono interessi economici tali da spingere verso una modifica della raccolta delle informazioni. Quando le assicurazioni sono chiamate a rispondere di un danno rilevante chiedono copia della cartella clinica, ma se questa non è sufficientemente esplicativa ricostruiscono l'iter terapeutico. Si tratta però di casi abbastanza rari.

Se le assicurazioni fossero chiamate a rispondere anche dei danni meno gravi ma con importi significativi, come succede invece in America, il sistema di rilevazione cambierebbe, sarebbe caratterizzato da una maggiore continuità e completezza delle informazioni”.

3.5. Le modalità di rilevazione dei “dati in uscita”: le S.D.O.

L'ultima tappa del percorso terapeutico di una persona ricoverata coincide con le dimissioni. L'iter sanitario come ospedalizzati e l'iter amministrativo si concludono. Il primo porta alla redazione della cartella clinica, caratterizzata da dati sensibili e non accessibili, il secondo si concretizza nella compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (cosiddetta SDO). La scheda di dimissione ospedaliera costituisce la base informativa potenzialmente più ricca attualmente disponibile a livello nazionale, sia per studi epidemiologici che per analisi di efficienza e di *performance* del sistema ospedaliero³³. Abbiamo quindi ritenuto opportuno approfondirne la conoscenza evidenziandone caratteristiche, limiti e potenzialità.

Inoltre, grazie all'accesso alle Schede di Dimissione Ospedaliera dell'Ospedale di Vicenza relative all'anno 2002 abbiamo ricostruito alcuni aspetti quantitativi, trattati nei capitoli precedenti, riferiti ai soggetti traumatizzati ed all'entità dei traumi. In questo paragrafo forniremo indicazioni sul tipo di procedura seguita.

La SDO è stata istituita nel 1991 con un decreto del Ministero della sanità. È lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La scheda deve essere raccolta obbligatoriamente sia in caso di ricovero ordinario che in caso di day hospital. I contenuti e le modalità di trasmissione delle informazioni sono stati precisati in modo analitico dal Ministero. Esistono tuttavia delle differenze di codifica e di completezza nella registrazione delle notizie tra le Regioni. Le informazioni riguardano sia gli aspetti clinici del ricovero (diagnosi e sintomi rilevanti, interventi chirurgici, modalità di dimissione...) sia gli aspetti più strettamente organizzativi (unità operativa di ammissione e di dimissione, trasferimenti nei vari reparti...). Parte dei dati raccolti vengono trasmessi dalle Regioni al Ministero della salute. Attualmente esiste una banca dati nazionale alla quale affluiscono le informazioni di tutti i ricoveri registrati in Italia. I dati raccolti attraverso la SDO costituiscono uno strumento di conoscenza, di valutazione e di programmazione delle attività di ricovero sia a livello di singoli

³³ Dagli atti a cura di R. Amato e V. Buratta della “Prima conferenza Nazionale sui Traumi della strada”, 24-26 settembre 2002, Roma.

ospedali che a livello delle istituzioni regionali e nazionali. Le SDO devono avere un contenuto informativo minimo ed essenziale garantito da tutte le strutture interessate. Alle Regioni è data la facoltà di prevedere l'aggiunta di ulteriori informazioni di proprio interesse³⁴. È opportuno far notare che la compilazione della SDO, oltre che per finalità informative, è fondamentale per il calcolo del D.R.G., parametro di riferimento per il finanziamento delle strutture sanitarie.³⁵

Dal punto di vista tecnico la SDO è costituita da una serie di sezioni unitarie di informazione (campi) che vanno compilate con dei codici o direttamente con i dati. Nel caso della SDO adottata dalla Regione Veneto i campi sono circa settanta. Come accennato, oltre ai dati identificativi della persona³⁶, ci sono le informazioni di tipo medico e di tipo organizzativo.

Di seguito riportiamo due campi della SDO che abbiamo ritenuto significativi in quanto riportano la causale di entrata all'ospedale e le modalità di uscita. Possono inoltre servire anche a titolo esemplificativo. Sotto ogni singolo campo sono indicate le relative possibilità di selezione.

Campo: Traumatismi o intossicazioni

- Opzioni:
1. Infortunio in ambiente di lavoro;
 2. Infortunio in ambiente domestico;
 3. Incidente Stradale;
 4. Violenza altrui;
 5. Autolesione o tentativo di suicidio;
 6. Altro tipo di incidente o di intossicazione;

Campo: Modalità di Dimissione

- Opzioni:
1. Deceduto;
 2. Dimissione ordinaria al domicilio del paziente;

³⁴ Informazioni tratte dal sito internet ufficiale del Ministero della salute.

³⁵ L'impossibilità di calcolare il costo reale per ogni singola prestazione ospedaliera ha portato all'adozione di questo sistema di origine statunitense. D.R.G. significa letteralmente Diagnosis Related Group, gruppo relativo di diagnosi. I ricoveri vengono raggruppati per classi omogenee costituite sulla base del consumo di risorse, della durata della degenza e del profilo clinico del paziente, il D.R.G. appunto, a cui viene attribuito un costo. Ad ogni singolo ricovero, attraverso calcoli che considerano i dati della SDO, viene attribuito un D.R.G.

³⁶ I dati identificativi del paziente al momento della trasmissione alla Regione verranno separati in un altro file. Questo rende possibile l'utilizzo delle informazioni relative ai ricoveri garantendo la tutela della privacy della persona.

3. Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria e Assistenziale;
4. Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;
5. Dimissione volontaria;
6. Trasferimento ad altri istituto di ricovero e cura per acuti;
7. Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto;
8. Trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione;
9. Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata;

Alcune opzioni del campo “modalità di dimissione” necessitano di chiarimenti. L'opzione 3 consiste nel trasferimento del paziente in strutture di lungo-degenza; generalmente significa che il paziente non è auto-sufficiente e ha bisogno di cure continue. L'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione domiciliare sono due forme di sostegno fornite direttamente dagli enti pubblici presso l'abitazione dell'interessato. Si tratta di forme di assistenza che permettono alla persona, solitamente con un livello di dipendenza assistenziale medio-alta, di essere curata rimanendo nel proprio ambiente familiare; ha inoltre costi inferiori rispetto ad una degenza ospedaliera. Le opzioni 6 e 8 riguardano il trasferimento in un altro ospedale, rispettivamente per motivi di cura o per la riabilitazione.

La selezione della causale “incidente stradale” tra le opzioni riguardanti le motivazioni del ricovero, poteva costituire il metodo più attendibile per raggiungere l'obiettivo di una valutazione quantitativa del fenomeno. Le modalità di accesso all'ospedale, come abbiamo avuto modo di constatare, possono seguire percorsi diversi, con sistemi eterogenei di rilevazione, non complementari ai fini della rappresentazione del fenomeno. Le dimissioni costituiscono invece una strada obbligatoria per tutti i ricoverati. Purtroppo, l'informazione sui traumatismi è una variabile per cui è prevista la compilazione facoltativa. È questo il problema sostanziale che riduce drasticamente la ricchezza informativa dello strumento: la compilazione del campo “incidente stradale” è lasciata alla volontà dell'operatore.

Diverso è il caso dei campi funzionali all'attribuzione del D.R.G. Il D.R.G. innesca un complesso meccanismo di compensazione economica e di finanziamento che coinvolge le unità

sanitarie locali e le regioni; si tratta di un aspetto essenziale per l'azienda. Di conseguenza, al fine di garantire le informazioni necessarie al calcolo, nel caso di omissione si provoca un errore nel sistema informatico che non consente di procedere nella compilazione della scheda.

Proprio per questa ragione l'ospedale Niguarda Ca' Granda ha scartato l'ipotesi dell'utilizzo, ai fini della nostra ricerca, delle informazioni contenute nella SDO. Una selezione in base al campo con causale di entrata "incidente stradale" non garantiva un margine accettabile di attendibilità. È possibile che l'operatore lasci il campo vuoto oppure ci inserisca un codice casuale per una questione di praticità.

Per quanto concerne la realtà ospedaliera di Vicenza, l'accesso diretto alla fonte ha reso possibile un lavoro di analisi e rielaborazione dei dati nel tentativo di mettere in luce aspetti più trascurati del fenomeno. Riteniamo opportuno fornire alcune indicazioni sulla modalità di lavoro seguita. Abbiamo preso in considerazione le SDO dei pazienti ricoverati presso il Presidio Ospedaliero di Vicenza e dimessi nell'anno 2002. Il ricovero poteva quindi essere stato fatto anche nell'anno precedente. Sono state selezionate le SDO con motivo di entrata "incidente stradale"³⁷. Ai fini di compensare il possibile errore dovuto alla mancata o errata compilazione del campo "incidente stradale" nella scheda, sono state selezionate le entrate tramite Pronto Soccorso con causale incidente stradale e alle quali è seguito il ricovero. Le SDO così ottenute sono state confrontate e aggiunte, se mancanti, alle SDO già selezionate. In altre parole alle SDO riportanti il codice "incidente stradale" sono state aggiunte le schede mancanti di pazienti in cui la causale "incidente stradale" non era stata indicata ma era invece riportata nel modulo di accettazione al Pronto Soccorso.

Dopo un lavoro di controllo e di epurazione dei dati, sono stati individuati 589 pazienti dimessi nell'anno 2002 ed entrati in ospedale a causa di un incidente stradale. Eventuali variazioni dei dati rispetto ai ricoveri effettivi sono dovuti ad una compilazione incompleta della scheda di dimissione.

³⁷ È importante tener presente che questa causale comprende anche gli incidenti stradali in orario di lavoro e gli incidenti stradali cosiddetti in itinere (30 minuti prima dell'inizio dell'orario di lavoro e 30 minuti dopo il termine dell'orario di lavoro). Questi due sottogruppi potrebbero fornire un'importante indicazione utile alla contestualizzazione dell'incidente. Purtroppo le modalità di rilevazione non rendono attendibile il risultato dello scorporo.

Se si considera che nel 2002 presso l'Ospedale di Vicenza sono state effettuate circa 35.000 schede di dimissione, l'incidenza dal punto di vista quantitativo del fenomeno può apparire irrilevante. In realtà ci sono alcuni aspetti determinanti da considerare che non rendono comparabili quantitativamente i due dati. Le dimissioni riguardano tutti i ricoveri effettuati indipendentemente dal motivo di entrata. Sono compresi i ricoveri urgenti e i ricoveri programmati (rimangono esclusi i day hospital). Si tratta di categorie vastissime se considerate senza una selezione sulla causale. Oltre a ciò è fondamentale tener presente che i 589 casi considerati sono frutto di un complesso lavoro di epurazione tramite un controllo sulle singole schede, che ha portato alla selezione di 589 persone diverse. Lo stesso tipo di lavoro non è ipotizzabile sulle SDO compilate in un anno.

I dati principali che abbiamo ottenuto attraverso questa procedura sono: l'età dei ricoverati, il sesso, il reparto e la data di ammissione, la provenienza, i diversi reparti di trasferimento, le diagnosi, gli interventi, la data ed il reparto di dimissione, la modalità di dimissione e il d.r.g. Si tratta di informazioni che rispondono solo parzialmente agli interrogativi che ci siamo posti sui feriti ma che sicuramente hanno aggiunto importanti spunti interpretativi, approfonditi nei capitoli precedenti, utili nel lavoro di analisi e studio del fenomeno.

In ultima analisi possiamo affermare che le SDO sono uno strumento informativo potenzialmente molto ricco, parzialmente inficiato da due ragioni. In primo luogo la facoltatività di alcuni campi. La possibilità per le Regioni di prevedere l'aggiunta di informazioni di proprio interesse si è tradotta nell'inserimento di campi di notevole interesse che non vengono però, di fatto, utilizzati.³⁸ In secondo luogo si presenta il problema delle schede compilate in modo errato o non appropriato che rende poco attendibile il confronto quantitativo tra le diverse variabili.

Un impiegato del Servizio Amministrativo ci ha spiegato le difficoltà nella compilazione della scheda. È fondamentalmente un problema di pratica, di integrazione di questo strumento nella modalità operativa. Dal 1991 da quando è stata introdotta e

³⁸ Le indicazioni fornite dalla Regione Veneto (previste nella Disciplina del flusso informativo "Scheda di dimissione ospedaliera" datata 15 dicembre 1999) prevedono l'opzione "Grado di dipendenza assistenziale alla dimissione". Questo potrebbe costituire un utile parametro per la misurazione dell'impatto del trauma sulla persona, sul livello di autonomia, ma non viene praticamente considerato all'atto della compilazione.

soprattutto dopo il passaggio al sistema dei D.R.G., l'accuratezza nella compilazione è andata crescendo.

È solo una questione di tempo ed anche i campi che adesso vengono saltati o compilati in modo errato, verranno inseriti con la stessa cura di quelli che servono per il calcolo dei D.R.G.

Il D.R.G. è stato inventato da un americano, ma si trattava di un ingegnere, non di un medico. Alcune difficoltà sono legate proprio al fatto che si tratta di rilevazioni di tipo amministrativo che devono essere eseguite da personale sanitario. C'è un problema di riconoscimento di un lavoro come parte delle proprie competenze. Prima le SDO servivano a fini statistici, ma non venivano completate in modo adeguato. Ora che servono a fini contabili le compilazioni sono più attendibili anche perché sono aumentati i controlli. Un altro problema sono i campi facoltativi. Questi riguardano informazioni che non sempre sono disponibili all'atto della compilazione. Sono informazioni utili ma non indispensabili. Non sarebbe pensabile bloccare la compilazione della scheda perché sono mancanti.

Conclusioni

La discussione dei rischi della mobilità dalla prospettiva delle vittime che sopravvivono ad un incidente stradale solleva una serie di questioni che, stando al dibattito attuale, restano aperte. La produzione di informazioni sulla sicurezza stradale, l'implementazione di interventi di contrasto e la loro valutazione non sembrano ancora in grado di tenere nella giusta considerazione la realtà dei feriti e dei loro contesti di vita. L'impressione che emerge è quella di un evidente processo di rimozione collettiva dei rischi insiti nel modo in cui sono gestite le esigenze di mobilità fisica delle persone.

La gestione dei traumi che la mobilità produce sulle sue vittime appare un aspetto trascurato, tanto nella discussione pubblica del problema della sicurezza stradale quanto nel panorama delle misure di politica sociale. La cura, la riabilitazione e l'integrazione sociale di chi sopravvive riportando menomazioni disabilitanti devono far fronte ad una serie di difficoltà insite nel nostro sistema di solidarietà collettiva. In primo luogo, abbiamo visto come l'assistenza sanitaria a queste persone si scontri con le strutture della disuguaglianza sociale. Unitamente alla considerazione di un elevato livello di "familiarizzazione" delle responsabilità di cura, ciò si traduce in enormi svantaggi per chi non dispone di sufficienti risorse materiali e relazionali. Inoltre, dal nostro lavoro emerge come il processo di complessiva ridefinizione delle prospettive di vita delle vittime più gravi mostri tutta l'inadeguatezza del modello biomedico e delle politiche sanitarie ad esso ispirate, basate su una sempre maggiore tecnicizzazione ed impersonalità della prassi terapeutica.

Nel complesso, l'emersione di queste difficoltà e l'analisi della vita delle persone disabili in seguito ad incidente stradale non ci consentono di guardare al futuro con la stessa fiducia delle analisi che si limitano a discutere la sicurezza stradale attraverso gli indici di mortalità.

Rispetto ad un passato recente, la condizione delle persone disabili è sicuramente mutata dal punto di vista del modello di integrazione. Le persone meno giovani che abbiamo intervistato hanno colto questo mutamento. Infatti, ci hanno raccontato che fino a dieci o quindici anni fa per loro era molto più difficile uscire di casa, trovare un lavoro, allacciare o mantenere delle relazioni significative. Da questo punto di vista, il presente ed il futuro sembrano in grado di offrire alle vittime della strada con disabilità un contesto socio-culturale più ospitale.

Per altro verso, l'organizzazione delle politiche sociali non sembra ancora aver elaborato lo smantellamento di un modello di integrazione basato sulla marginalizzazione delle persone disabili. Anzi, il ruolo e le responsabilità assegnate alle reti familiari nella cura delle vittime della strada, così come la loro invisibilità nel quadro dei servizi alla persona, sembrano tracciare una linea di continuità rispetto al passato. Anche l'emergere di servizi "dedicati" nell'ambito del terzo settore appare più come un tentativo di supplire a questa situazione piuttosto che come un investimento strutturale per far fronte ai rischi legati alla mobilità fisica delle persone.