



[www.italy-ontheroad.it](http://www.italy-ontheroad.it)

## Incidenti stradali come “bad news”, alcuni cenni.

La notizia relativa ad un incidente stradale a carico di un familiare può essere considerata una cattiva notizia o una *bad news*. Quando si cerca di studiare gli effetti di un incidente stradale è importante considerare anche il contesto familiare di colui che viene coinvolto nell'evento.

Il contesto familiare può rappresentare un'importante risorsa nel favorire la capacità di reazione della vittima o di contribuire all'evoluzione di forme di sofferenza emotiva. I familiari vivono un momento di emergenza, spesso, quando l'incidente riguarda minori.

Per comprendere meglio le risposte psicologiche di ragazzi coinvolti in incidenti e quelle dei loro familiari, è opportuno considerare la dimensione comunicativa relativa alla modalità con cui la famiglia viene avvertita dell'incidente e informata dello stato di salute del proprio congiunto all'arrivo in pronto soccorso.

La dimensione comunicativa potrebbe svolgere un'importante funzione di mediazione.

La comunicazione che segue l'incidente stradale riguarda non solo la vittima ma, soprattutto, i suoi familiari che, spesso, vengono avvertiti al telefono dalle figure più diverse come: familiare coinvolto, altri congiunti o conoscenti presenti sull'incidente, sconosciuti che si trovavano sul luogo, forze di polizia, personale sanitario.

Tale comunicazione, spesso rapida, irrompe nella quotidianità della famiglia stravolgendola, modificando le priorità e innescando reazioni emotive. Anche se è la vittima dell'incidente che telefona ai familiari, il messaggio suscita angoscia e timore: la parola *incidente* evoca spesso uno scenario incontrollabile e imprevedibile, dalle conseguenze drammatiche. La comunicazione è molto importante anche all'arrivo dei familiari al pronto soccorso dove, a volte, ricevono poche informazioni e restano a lungo in attesa senza raggugli. In questo caso pare siano importanti variabili come l'età e la gravità del ferito.

Molti ospedali dispongono di un pronto soccorso pediatrico e, anche qualora non esista, la maggior parte degli ospedali consente o richiede che un genitore sia presente se il paziente è un minore di anni 18. Indipendentemente dall'età, quando il ferito versa in gravi condizioni, a volte il personale del pronto soccorso consente ai familiari di stargli vicino o si attivano per fornirgli un minimo di supporto.

Quando il paziente è maggiorenne e quando le condizioni non sono tali da presentare pericolo di vita o danni permanenti, i familiari vengono lasciati in sala d'attesa, a volte considerati d'intralcio e ignorati. Si precisa che il familiare che arriva in pronto soccorso spesso non conosce la gravità della situazione, spesso vive in uno stato di confusione emotiva, inoltre l'attesa e la mancanza di informazioni aumentano l'angoscia che a volte si trasforma in insofferenza ed aggressività.

Buckman nel 1984 ha definito *bad news* le notizie che alterano in modo drammatico e negativo le aspettative sul presente e sul futuro del paziente, le quali, secondo Ptacek ed Eberhardt (1996) comportano nelle persone che le ricevono un deficit cognitivo, comportamentale ed emotivo, che persiste per un certo intervallo temporale. Mentre per Regnard e Tempest (1994) sono cattive notizie tutte quelle informazioni inattese che possono causare stress. Secondo Moja, nel 2000, si può considerare *cattiva* qualsiasi notizia in cui c'è del dolore, del male o l'idea di morte.

La notizia di un incidente stradale è una *bad news* perché causa stress, altera, almeno temporaneamente, la prospettiva futura ed evoca l'idea di morte o sofferenza. La realtà degli incidenti stradali, soprattutto quando il paziente è un minore, rappresenta un contesto nel quale è

indispensabile porsi in un'ottica comunicativa in cui porre molta attenzione ai messaggi scambiati sia con il paziente che con i suoi famigliari i quali, se non presenti al momento dell'incidente e se privi di informazioni, rischiano di essere sopraffatti dall'emotività innescata dall'immaginario di scenari catastrofici.

La comunicazione può costituire un evento traumatico per la famiglia, influenzando le successive reazioni sia dei famigliari che della vittima. Non dimentichiamo che tra i fattori traumatici cui può dar seguito un Disturbo Post Traumatico da Stress vi è anche il "venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni subite da un membro della famiglia o da altra persona con cui si è in stretta relazione". In letteratura mancano studi specifici volti ad indagare gli effetti delle modalità di comunicazione sulla risposta psicologica ad incidenti stradali. E' ampiamente riconosciuta la funzione di adeguate strategie comunicative sulla risposta emotiva e psicologica del paziente, nonché sulla sua *compliance* alla successiva terapia.

La comunicazione di cattive notizie rappresenta un momento estremamente delicato e difficile sia per il paziente, che vede improvvisamente modificarsi la sua prospettiva per il futuro, che per il medico. I medici incontrano grosse difficoltà nel realizzare questo compito, a causa di meccanismi di identificazione con il paziente e nel timore di suscitare nell'interlocutore emozioni violente di fronte alle quali il medico non sa come agire, non essendo preparato a gestirle. A volte si può considerare il senso di fallimento professionale, come ulteriore fattore che rende complessa la comunicazione di *bad news*: i medici sono abituati ed aspirano a portare salute e guarigione, e il comunicare diagnosi nefaste suscita senso di impotenza e sconfitta.

Buckman, nel 2003, sostiene che le difficoltà incontrate dal medico e dal paziente durante la comunicazione di cattive notizie sono in parte dovute a sensazioni di inadeguatezza e disagio che esistono prima dell'inizio del colloquio. In primo luogo interverrebbero aspetti sociali, cioè le società occidentali hanno una concezione del malato come inferiore rispetto al sano. In secondo luogo intervengono fattori legati al paziente, cioè bisogna essere consapevoli della vastità e potenza di sentimenti e preoccupazioni che i pazienti possono sperimentare di fronte alle malattie, soprattutto in seguito alla comunicazione di diagnosi gravi. In ultimo intervengono fattori più legati al medico, come la paura di generare dolore, il suo timore di sentirsi accusato con il conseguente senso di colpa, collegato in parte al senso di fallimento terapeutico. Inoltre il medico ha la preoccupazione di fronte alla necessità di dover svolgere una funzione che non gli è stata insegnata, oltre alla credenza implicita che il professionista della salute non debba mostrare emozioni. Si precisa che la letteratura è unanime nel sottolineare l'importanza di dare nel modo adeguato cattive notizie. Abel, nel 2001, sottolinea che il modo in cui vengono date *bad news* influenza la reazione del paziente al momento della notizia, nonché l'adattamento agli eventi futuri e la *compliance* nel trattamento. Mager, nel 2002, osserva che le abilità comunicative ed interpersonali dei medici sono associate con l'adattamento psicologico del paziente. Molti studi riportano all'unanimità l'effetto dello stile comunicativo del medico su molteplici aspetti della risposta del paziente: sul suo senso di soddisfazione, sulla *compliance* al trattamento, sulla qualità della sua vita e sui successivi esiti per la salute.

Comunicare cattive notizie è un compito complesso e come osservano molti professionisti (medici ed infermieri) essi non sono adeguatamente preparati a questo compito. Gli operatori sanitari, inoltre, segnalano la mancanza di un adeguato supporto pratico e psicologico sul luogo di lavoro, di adeguate forme di supervisione e di opportunità di discutere dei sentimenti dopo l'incontro con pazienti e famigliari, aspetti che potrebbero rendere meno arduo il compito legato alla comunicazione di cattive notizie. Le ricerche evidenziano che comportamenti positivi potrebbero essere rappresentati dalla capacità del medico di chiedere informazioni in modo emotivamente sensibile e dall'utilizzazione di uno stile di intervista rassicurante ed empatica.

Lee, nel 2002, sottolinea che la comunicazione di cattive notizie suscita intense emozioni nei pazienti e possono interferire con le capacità di comprensione, già messe a dura prova dal linguaggio tecnico dei medici. Si evidenzia, inoltre, che pazienti di etnie diverse si differenziano rispetto a ciò che vorrebbero sentirsi dire rispetto alla diagnosi. Il modo migliore per valutare l'adeguatezza della comunicazione medico/paziente è quella di prendere primariamente in considerazione la percezione che ne ha il paziente, come importante punto di partenza per l'elaborazione di adeguate linee guida per la comunicazione di *bad news*. Followfield e Jenkins, nel 2004, sottolineano che il modo in cui le cattive notizie vengono recepite dipende da molteplici

fattori legati al paziente, tra cui le aspettative, le esperienze pregresse e le disposizioni personali generali.

E' fondamentale comprendere che cosa è importante per i pazienti quando si danno questo tipo di notizie. I risultati, ottenuti da alcune ricerche, evidenziano che una maggior cura e comprensione del medico percepita dal paziente predice una minor incidenza di PTSD, così come ad una minor incidenza di sintomi depressivi ed ansiosi a lungo termine.

Il Calman-Hine Report (Department of Health, 1995) sottolinea l'importanza di considerare la percezione della comunicazione di cattive notizie da parte dei pazienti. Uno studio ha evidenziato che quando i pazienti valutavano come positivo lo stile comunicativo dei medici, il loro livello di ansia dopo la visita diminuiva in modo significativo; questo anche in coloro che avevano ricevuto diagnosi negative.

Un ambito particolarmente delicato riguarda la comunicazione di diagnosi gravi a carico di bambini. L'interlocutore è il genitore il quale è sottoposto ad un'esperienza estremamente stressante.

Il modo in cui i genitori sono informati della malattia o della disabilità del figlio può influenzare la qualità della relazione genitore/bambino, nonché la capacità dei genitori di adattarsi psicologicamente alla realtà. Ricerche rivelano l'importanza della capacità del medico di fare domande sui bisogni psico-sociali, il fare affermazioni supportive e saper ascoltare attentamente. Quando il paziente è un minore, non bisogna trascurare la necessità e l'utilità della comunicazione, oltre che con i genitori, anche con il giovane paziente stesso. La qualità della comunicazione medico-paziente-famiglia e, soprattutto, la qualità percepita dalla stessa influisce sullo stato psicologico di pazienti e famigliari e sul loro adattamento alla cura. La stessa variabile influenza il grado di soddisfazione del medico e il suo stato psicologico. Vi sono disposizioni di legge (dal 2003) che impongono al medico l'obbligo di comunicare ed informare con completezza il paziente sul suo stato di salute. L'attenzione prestata oggi alla dimensione comunicativa è tuttavia maggiore, anche in conseguenza dell'insoddisfazione nei confronti del modello tradizionale della medicina, che lascia insoddisfatti medici e pazienti con conseguenze negative anche per il percorso di cura.

Tali abilità necessitano una formazione e una forma di supporto.

Alcune ricerche evidenziano che i pazienti e i famigliari si dicono soddisfatti quando il professionista mostra di prendere in considerazione il loro specifico punto di vista e la dimensione emotiva connessa con la malattia. Veronesi, nel 2002, sottolinea la necessità che la comunicazione sia centrata sulla persona e non sulla malattia e che al medico spetti il difficile compito di decidere cosa, come e quanto comunicare, trovando un equilibrio tra il coinvolgimento emotivo e il mantenimento di un adeguato distacco professionale. Uno stile comunicativo che dà spazio alla dimensione emotiva comporta maggiore soddisfazione da parte di entrambi gli interlocutori. Buckman tenta una sintesi di alcuni aspetti fondamentali di cui tenere conto nella comunicazione di *bad news*, individuando alcuni passi: 1) Dare le cattive notizie di persona e non al telefono, in privato, dedicando il tempo necessario per il paziente e senza interruzioni. 2) Esplorare che cosa sa il paziente, attraverso l'ascolto delle sue parole e l'osservazione del comportamento non verbale. 3) Capire quando il paziente desidera sapere. 4) Condividere le informazioni con il paziente, utilizzando un linguaggio semplice e un atteggiamento attento alla dimensione emotiva del paziente. 5) Identificare, comprendere e rispondere alle emozioni e alle reazioni del paziente. 6) Pianificare il futuro a partire dall'identificazione delle risorse del paziente, organizzare i successivi incontri e sistematizzare ciò che è stato detto. E' importante assicurarsi che a fianco del paziente o del famigliare a cui si dà la notizia, sia presente qualcuno in grado di sostenerlo da un punto di vista emotivo ed aiutarlo nella comprensione di quanto comunicato.

Tali dinamiche valgono anche per gli operatori delle forze di polizia quando devono dare comunicazioni di decessi o di gravi lesioni ai famigliari, in seguito ad incidenti stradali.

La notizia relativa ad un incidente stradale a carico di un famigliare può essere considerata una *bad news*, potenzialmente in grado di innescare reazioni post-traumatiche; il famigliare è il principale destinatario di tale comunicazione.

Anche in questo caso la modalità con cui avviene la comunicazione esercita un'influenza sulla reazione psicologica e la disponibilità a collaborare. Aspetti ritenuti molto importanti sono: la privacy nel ricevere la notizia, l'atteggiamento e la conoscenza di chi fornisce la cattiva notizia e la chiarezza del messaggio. Anche ferite apparentemente banali e comuni come il colpo di frusta,

possono comportare durature conseguenze psicologiche, potenzialmente influenzate dalla comunicazione.

Nei casi di incidenti gravi è molto importante che la comunicazione di un decesso avvenga di persona, possibilmente da parte di un operatore non coinvolto nell'evento ma che sia informato dei fatti e sia in grado di rispondere alle domande dei famigliari e di assumersi il compito di raccogliere ulteriori informazioni.

E' importante uno spazio riservato ove i famigliari possano fermarsi e sedersi, oltre alla disponibilità di un tempo adeguato per l'ascolto, anche per rispondere ad eventuali domande.

Un aspetto importante è la scelta dei destinatari della comunicazione. E' fondamentale accertare l'identità del defunto e chiedere conferma dell'identità, ruolo e parentela delle persone con cui si interagisce.

La comunicazione di *bad news* a minorenni dovrebbe essere gestita all'interno della rete famigliare, se esistente. In ogni caso è consigliabile utilizzare un linguaggio chiaro, senza eccessivi giri di parole e personalizzato, ad esempio, chiamare la vittima per nome.

E' importante lasciare spazio all'espressione delle emozioni, nelle modalità ritenute accettabili dalla cultura di appartenenza della famiglia; spesso il ricevente ha reazioni.

La vicinanza anche fisica dell'operatore al famigliare ove si ritenga che sia opportuna, è un'ulteriore modalità di supporto.

Superfluo sottolineare che per tutti questi aspetti è imprescindibile la formazione continua degli operatori.

La modalità di comunicazione di quello che è successo ai famigliari è "portare il silenzio".

Non c'è nulla da dire, basta la parola "purtroppo". La stessa parola *purtroppo* è sufficiente a dire tutto, poi occorre reggere il silenzio; mentre invece è più facile parlare.

La sola notizia può essere causa di trauma psichico, la notizia inattesa crea dissonanza cognitiva: piomba lì improvvisamente quello che non c'entra nulla, occorre una relazione di rete.

Il lutto è dolorosissimo, è un tessuto strappato.

Il lutto inizia dalle parole, dai contesti, istituzionale o allargato, in cui si accompagna la notizia: lì si lega il ricordo di un lutto che si fatica ad elaborare.

Le parole e la modalità di comunicazione sono già costruzione di un senso. Il senso crolla e si ricostruisce col tempo e con gli altri, ciò si realizza comunicando, fin dai primi momenti.

Le parole sono azioni; la notizia grave porta con sé azioni correlate alle parole di silenzio e rompe la linea del tempo presente, attiva il futuro (cosa farò domani?): il tempo è fratturato, bloccato.

Infine, chi comunica dovrebbe curare i rapporti con i media, facendo attenzione che la notizia non giunga ai giornalisti prima che la famiglia sia stata informata. Nel riportare la notizia del decesso, il consenso richiesto ai famigliari è segnale di particolare sensibilità, oltre che atto dovuto da chi desidera farsi garante della privacy necessaria nei momenti di grave sofferenza.

*Manuela Bellelli*

*12 luglio 2009*

Bibliografia:

F. Sbattella e M. Tettamanzi "Conseguenze psicologiche degli incidenti stradali", Ed. ISU Università Cattolica.