

**Relazione su *Le guerre della domenica* e l'educazione stradale
Convegno ARIPS - EGEO 'Nuove frontiere della psicologia della salute'
Brescia 12/12/98**

di Luigi Fasce

presidente associazione italiana di psicologia per la ricerca applicata alla sicurezza stradale (AIPRASS)

Dove si muore

Il titolo ad effetto di questa relazione '*guerre della domenica*', così come quello giornalistico più noto delle '*stragi del sabato sera*' ci rivelano intuitivamente una profonda verità e cioè che si muore giovani e per troppo cicalare in stato di euforia o disforia umorale: alla domenica in coda sulle autostrade tutti quanti, ma di più i giovani-adulti (30-40 anni) e gli adulti maturi (fino a circa i 60 anni), e assai pochi dopo i 65 anni (le Compagnie di Assicurazioni lo sanno bene e infatti fanno loro pagare meno il premio RCA), e disforia alcolemica al sabato sera: in questo caso sono i giovanissimi a morire.

Invece le fredde statistiche ci mostrano che si muore per troppa sicurezza di sé quotidianamente per le strade cittadine, la causa principale, ci crediate o no: la distrazione. Purtroppo le strade sulle quali si verificano più incidenti sono quelle **urbane** (133.168 incidenti, il 72,6% del totale. Seguono, ma a distanza le strade **statali** (19.224 incidenti, il 10,4%) e strade **provinciali** (12.144 incidenti, il 6,6%) e, quindi le **autostrade** con 11.546 pari al 6,30% e le **comunali extraurbane** (7.333 incidenti, il 4%).

Anche il primato della mortalità lo detengono le strade urbane: 2.633 morti, nel 96. **Si muore soprattutto in città**, questo il dato reale (42,52%), laddove tutti ci sentiamo più sicuri di noi, ci distraiamo e, nella stragrande maggioranza dei casi, non allacciamo la cintura di sicurezza. Seguono strade **statali** con 1.489 morti (24%); strade **provinciali** con 1.039 morti (16,7%); le **autostrade** con 698 morti (11,2%).

Tutti gli anni in Italia si constata impotenti il mancato obiettivo della diminuzione dell'incidentalità e delle sue conseguenze, stabilito dal Parlamento e dalla Commissione Europea, differentemente che dai Paesi del nord e del centro Europa.

Cito testualmente da fonte attendibile (Programma di interventi per migliorare la sicurezza stradale e per la definizione del piano nazionale per la sicurezza stradale

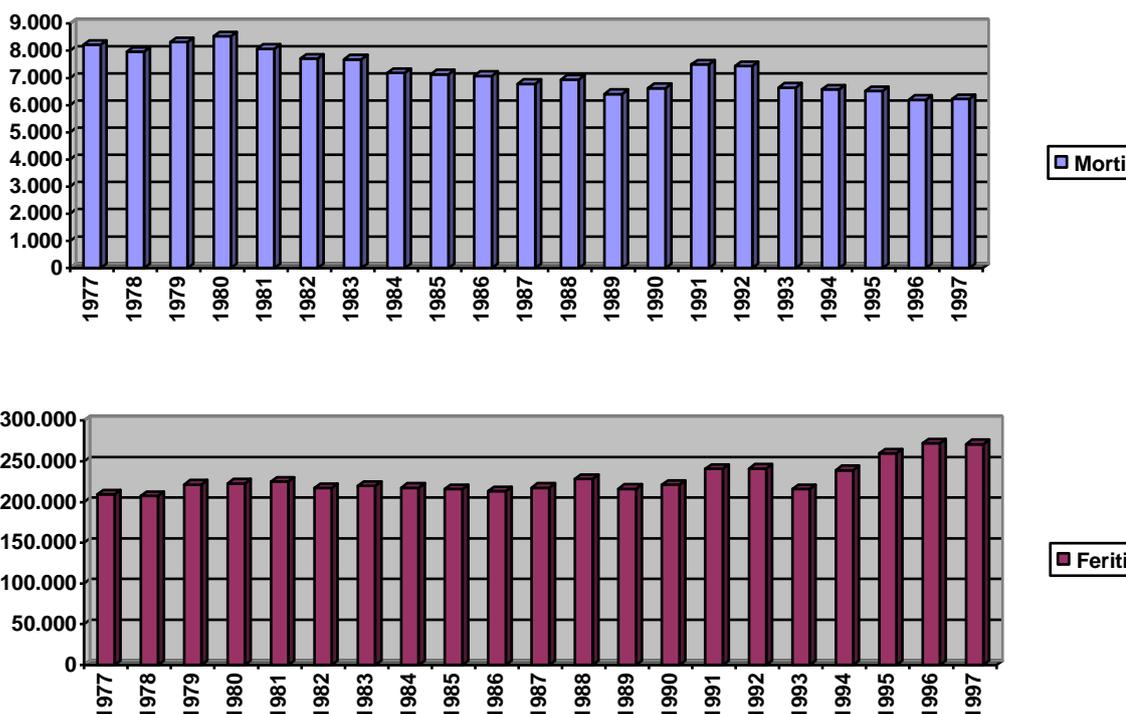
Presentato dal Ministro Costa nel luglio scorso) "Il conseguimento di tale obiettivo (azioni tese a prevenire gli incidenti e a ridurre le conseguenze degli incidenti stessi) richiede per il nostro Paese un impegno aggiuntivo in quanto a partire dal 1991 il tasso di riduzione degli incidenti e dei morti per incidenti stradali in Italia è stato più basso di quello medio europeo e il numero di feriti, contrariamente a quanto accade nel complesso dei Paesi dell'Unione è progressivamente aumentato.

Purtroppo nonostante i nostri fax l'ex Ministro Costa non ha preso minimamente coscienza che se è (così come dimostrato inequivocabilmente dai dati ISTAT) il **comportamento del guidatore** il fattore predominante dell'incidentistica stradale è questo fattore specifico che si deve affrontare con interventi specificatamente incisivi e non su altri decisamente irrilevanti. Invece nel programma sopra citato, al paragrafo 2.2i 'Misure di prevenzione e controllo non se ne fa minimamente accenno, continuando a perseverare nel mancare clamorosamente l'evidentissimo bersaglio.

L'entità della catastrofe in termini di morti, feriti e invalidi permanenti

L'entità del fenomeno dell'incidentalità stradale è decisamente catastrofica, a ben vedere ancora peggiore di quella dovuta alle malattie moderne, quali Malattie dell'Apparato Circolatorio e Tumori.

Vediamo prima il dato quantitativo da tab. 4. (ISTAT 1998 Statistica degli incidenti stradali)



Come si vede chiaramente, dopo 20 anni si muore annualmente di meno nella misura di circa 2.000 persone, ma per contro, i feriti sono aumentati annualmente di quasi 70.000 unità. Le statistiche ISTAT non ci riportano il dato di quanti invalidi permanenti si nascondono dietro i più di 270.000 feriti. Una stima approssimata potrebbe essere di 20.000 annui e, in linea di massima, in giovane età. Con questi dati, cosa dire del costo sociale in costante espansione e del costo individuale in termini di grave e cronico deterioramento della qualità della vita.

Ecco un parziale confronto tra i principali Paesi dell'Unione Europea per inquadrare meglio il fenomeno in un più ampio contesto.

(Dati parziali ricavati da Tavola 5.1 – Incidenti e persone infortunata nei Paesi europei – Anno 1995 (ISTAT 98 Incidenti stradali 1997 e con l'aggiunta del dato popolazione)

Paesi	morti	feriti	popolazione
Germania	9.454	512.141	80 mil.
Francia	8.412	181.403	57 mil.
Italia	6.512	259.571	56 mil.
Spagna	5.751	121.432	37 mil.
Regno Unito	3.765	318.466	55 mil.

Ma per comprendere appieno l'entità della mortalità stradale italiana sembra utile un primo raffronto con gli incidenti mortali sul lavoro.

* Mortalità per incidenti sul lavoro (fonte INAIL anno 1993) n. 900;

* Mortalità per incidenti stradali (fonte ISTAT dati Sanità 1993) n. 8.434.

Da questo semplice confronto si evidenzia inequivocabilmente la grandissima rilevanza della mortalità stradale rispetto a quella sui luoghi di lavoro.

Ma vediamo di confrontare il dato con tutti gli altri 'Morti per grandi gruppi di cause' (Tav.3.11 – Annuario Statistico Italiano), sempre ai fini di un corretto confronto, nell'anno 1993.

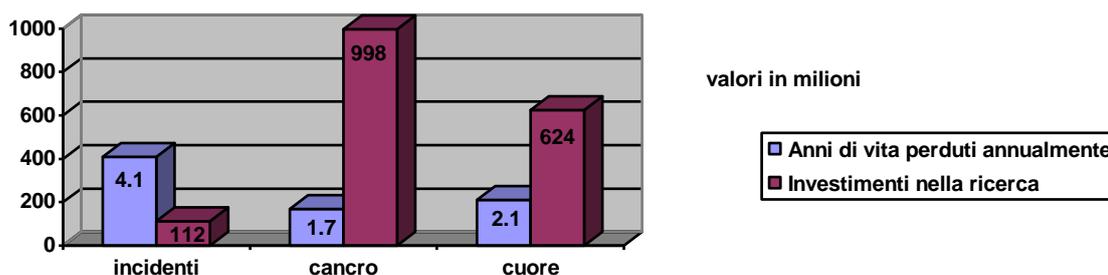
Malattie del sistema circolatorio	241.692
Tumori	154.290
Incidenti stradali (da statistiche sanitarie ISTAT, le più complete rispetto a quelle ISTAT/ACI di 6.645)	8.434

Il raffronto tra i dati grezzi (ISTAT) mostrano una macroscopica discrepanza tra le principali cause di morte quali le malattie dell'Apparato Circolatorio e Tumori e gli Incidenti stradali.

In realtà se si trattassero correttamente i dati in termini di '**Anni di vita perduti annualmente**' come fanno gli studi e le ricerche americani, i rapporti cambierebbero significativamente, portando al primo posto gli incidenti stradali.

Ma né ISTAT, né tantomeno Ministero della Sanità e dei Lavori Pubblici, prevedono questo tipo di elaborazione, ma certamente lo fanno le Compagnie di Assicurazioni.

A conferma di quanto affermo posso portare la seguente tavola che riporta statistiche statunitensi precisamente centrate sulla questione.



La principale causa d'incidentalità stradale: il comportamento del guidatore.

Da 'Edicola ACI Informa' (articolo dell'8/4/98)

E' indubbiamente il comportamento del conducente **la principale causa degli incidenti stradali (72%)**.

Il comportamento del conducente è, infatti, responsabile della morte nel 64% dei casi (velocità 24.6%, sorpasso 2.33%);

le condizioni psico-fisiche, nel 6.4% dei casi (2% sonno; malore 2.6%; alcol/droga

1.7%);

i difetti o avarie del veicolo, nella misura di **0.86%**;

per quanto riguarda il **fattore strada** penso si possa arrivare al **6-7%**

Individuata con estrema precisione principale e consistente causa, e cioè il comportamento del guidatore, conseguentemente con altrettanta estrema determinatezza si dovrebbe intervenire su questo insieme di cause comportamentali.

Ma questo non avviene. I motivi ? Sordità psicologica dei Pubblici Poteri.

Anche i limitati strumenti teoricamente messi a disposizione dal NCS sono inutilizzabili.

Gli strumenti virtualmente messi a disposizione dal NCS

- 1) Gli art. 208 (proventi delle sanzioni amministrative pecuniarie) e l'art. 230 (educazione stradale) consentono concretamente di svolgere notevoli interventi tanto da parte dei Comuni che dei Ministeri preposti, ma anche, volendo, da parte delle Regioni e Province italiane. Purtroppo quel poco che si fa, è solo rilevamento, pur con serie statistiche, di questo o quell' atteggiamento nei confronti della guida, magari di questa o quella cosiddetta popolazione a rischio. Solitamente giovanile. Non si riesce a passare dalla fase diagnostica a quella dell'approntamento e uso degli strumenti psicologici altamente professionali efficaci per produrre il necessario cambiamento di atteggiamenti e mentalità in tema di traffico e di guida. Occorre invece, come oramai da anni predichiamo, al vento, passare dalla fase diagnostica a quella terapeutica, meglio, preventiva, utilizzando conoscenze e strumenti propri della psicologia tanto nell'ambito più generale dell' **educazione stradale** (nelle scuole) e della promozione della **sicurezza stradale** (nei consigli circoscrizionali e negli ambiti associativi), per una azione efficace al fine di modificare gli atteggiamenti sbagliati, ma radicati nella personalità di chi guida.
- 2) Anche con una corretta applicazione dell'art. 324 del Regolamento del NCS si potrebbe già fare molto in termini psico-diagnostici, psicoattitudinali e psico-riabilitativi, come dimostra l'attività svolta nella sola struttura pubblica esistente in Italia: quella dell'USL di Bolzano. Ma è mosca bianca. Cito interamente l'importante dettato normativo eppure completamente disatteso. " Art.324 -Art.119 Cod.Str.- (Valutazione psicodiagnostica e test psicoattitudinali)
 1. Per il conseguimento, la conferma di validità o per la revisione della patente di guida per autoveicoli delle categorie C, D ed E e per le patenti speciali delle categorie C e D, sono richiesti tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari per poter essere classificati almeno nel quarto decile della scala decilica di classificazione.
 2. Nel caso sia richiesta ai sensi dell'articolo 119, comma 9, del codice, una valutazione psicodiagnostica, devono essere effettuate, oltre alle prove di cui al comma 1, anche altre prove di attenzione, di percezione e, su specifica indicazione del medico o della commissione medica richiedente, prove di valutazione della personalità. In ogni caso gli psicologi che procedono alle valutazioni previste dal presente articolo devono essere in possesso, oltre che dei requisiti di cui all'art.119, comma 9, del codice, di una specifica formazione nel settore della sicurezza stradale." Come ho detto l'intero articolo è quasi totalmente inattuato: le prove nominate nel 1° comma chiaramente test psicoattitudinali non vengono riconosciuti di competenza degli psicologi e in definitiva non vengono neppure valutati dai medici. Per quanto riguarda le prestazioni di cui al comma 2, quando raramente vengono richieste (a discrezionalità dalla Commissione Medica), queste vengono

effettuate da Servizi dell'Asl per nulla qualificati (unica eccezione la USL di Bolzano) in base a quanto disposto dallo stesso 2 comma appena citato.

Ci eravamo illusi che almeno i test psicoattitudinali rivolti alle categorie professionali e speciali dei guidatori fossero diventati obbligatori con il giugno 97 e fossero di competenza dello psicologo. Niente da fare. L'interpretazione malevola o distorta della Direzione Centrale MTC del Ministero dei Trasporti ci nega illegittimamente questa prestazione specificatamente psicologica. Pazienza, denunciemo all'opinione pubblica questo sopruso ad ogni occasione possibile, ma lo abbiamo fatto, come Sindacato, anche alla Magistratura. L'ho denunciato come AIPRASS anche al difensore Civico della Regione Liguria, il quale ha scritto in nostra difesa al Ministero dei Trasporti. Nessuna risposta !

Non sono praticabili nemmeno gli interventi ritenuti possibili dal NCS, figuriamoci quelli non contemplati dal NCS, che ritengo peraltro indispensabili, quali la visita psicologica in fase psico-abilitativa (prima di prendere la patente) e psico-riabilitativa (trattare il comportamento alla guida e le diverse distorsioni che ne conseguono, ivi compreso l'alcolista e il tossicodipendente, ma anche la tendenza recidiva a trasgredire alle norme del codice, così come la tendenza coattiva all'incidentalità.

Per fare tutto questo dobbiamo aspettare che si modifichi il NCS nel senso da noi auspicato e cioè che miri decisamente alla modifica dei comportamenti a rischio di incidentalità mediante strumenti psicologici.

Attualmente si prevede di intervenire con sanzioni pecuniarie e temporanea sospensione della patente (solo in alcuni casi con la revisione della patente esame teorico e pratico) e verifica clinica (a discrezionalità della Commissione Medica) nei confronti dei soggetti che hanno determinato incidenti in stato di ebbrezza alcolica o in preda a sostanze stupefacenti (verifica attualmente inadeguata visto che a svolgerla sono chiamati i servizi territoriali dei SERT che non hanno strumenti adeguati per la valutazione psicodiagnostica di cui all'art. 324 (Art.119 Cod. Str.) del nuovo Regolamento. Riteniamo che sarebbe molto più opportuno intervenire obbligatoriamente, non solo per gli alcolisti e tossicodipendenti, ma anche per i recidivi di incidenti dovuti a cause comportamentali, che sono sicuramente in numero assai più rilevante, in termini psico-riabilitativi (drive improvement), come avviene già da tempo in molti Stati europei.

Le tre categorie comportamentali: **guida distratta, mancata distanza di sicurezza, eccesso di velocità**, sono comportamenti quotidiani che da soli costituiscono la quasi totalità dei motivi che portano all'incidente. Altro che stati patologici. ! Alcolismo, droga, psicosi, ritardo mentale casi assolutamente marginali rispetto ai primi tre citati. Per prevenire efficacemente proponiamo quindi di sottoporre il soggetto a una valutazione del suo stile di guida e profilo psicoattitudinale al fine di consentire al soggetto di rendersi conto delle sue tendenze e gestirle consapevolmente. Per questo abbiamo oramai a disposizione strumenti predittivi e decisamente economici.

Abbiamo predisposto un protocollo con questionario e profilo psicoattitudinale che consente in mezz'ora di tempo a rendere consapevole il soggetto delle sue caratteristiche personali in termini di tendenza a tamponare o a essere tamponato, se prevede troppo o troppo poco la velocità del veicolo, i suoi tempi di reazione, il grado di attenzione o disattenzione, ecc., tutti fattori che le statistiche imputano come le maggiori cause d'incidente stradale.

Perché non ci stia a sentire il Ministero dei Trasporti o quello dei Lavori Pubblici non riesco ad immaginarlo, o forse sì. Noi, davanti al muro di gomma che regolarmente troviamo, non solo a livello ministeriale ma anche a livello regionale, provinciale e comunale, possiamo soltanto continuare a predicare a convegno come questo, sperando

che prima o poi ci dicano francamente che quello che proponiamo noi è sbagliato, inefficace, controproducente.

Ma lo dovranno dire anche ai Paesi del Nord e Centro Europa che intervengono, almeno in parte, massicciamente sui comportamenti scorretti in termini psico-riabilitativi o altrimenti detto mediante **drive improvement**, con eccellenti risultati tanto da essere citati per il conseguito abbassamento dell'incidentalità.

Non l'abbiamo inventata noi Italiani la psicologia del Traffico e della Sicurezza stradale. Noi siamo stati costretti a inventarci degli strumenti estremamente economici per praticarla in via sperimentale in qualche rara occasione, in attesa che si possano fare interventi preventivi alla grande, sostenuti con grandi fondi di finanziamento.

Nel nostro manuale introduttivo 'Psicologia della sicurezza stradale' di cui questa relazione è un compendio estremamente sintetizzato, siamo partiti dai dati rivelatori di questa impressionante realtà per proporre interventi di prevenzione primaria (eliminare le cause alla radice), secondaria (psicodiagnosi precoce) e terziaria (riabilitazione psicologica): cioè fare in modo che si evitino certi tipi di incidente, limitarne altri, e dopo che se ne sono verificati certi altri, aiutare chi li ha provocati a non rifarli più o quanto meno a diminuirli.

Attualmente il solo deterrente che il NCS prevede è la sanzione negativa e va dalla modesta sanzione amministrativa, la multa, fino al sequestro del veicolo, la sospensione e revoca della patente, financo la reclusione carceraria a seconda dell'infrazione più o meno grave del Codice della Strada.