

MAXI-INCIDENTE AUTOMOBILISTICO – STROPPIANA 2007

Il 9 maggio 2007, alle 17.30 circa, un pullman che trasportava una scolaresca di bambini, dopo qualche minuto di sbandamento, si è ribaltato in una piccola scarpata sul raccordo autostradale che collega la A4 (Torino-Milano) alla A26 (Gravellona-Alessandria) all'altezza del km 18, a pochi chilometri da Vercelli.

I 41 bambini presenti sul bus, appartenenti a tutte e cinque le classi della scuola elementare di Stroppiana (VC), stavano facendo ritorno da una gita a Torino accompagnati da 3 insegnanti.

La situazione è apparsa subito molto drammatica, come testimoniato dai racconti dei primi soccorritori: alcuni bambini, uscendo dai finestrini, feriti, spaventati e sotto shock, correvano verso la strada dove le macchine continuavano a sfrecciare. Altri, incastrati tra le lamiere, piangevano disperati e impauriti, in attesa di essere liberati dai Vigili del Fuoco.

Il bilancio è stato tragico: un bambino di 7 anni, è morto sul colpo. Un altro bambino della stessa età, trasportato in ospedale in condizioni gravissime, ha perso la vita il giorno seguente all'ospedale di Torino. Il fratello di quest'ultimo, di 10 anni, ricoverato in coma all'ospedale di Alessandria, si risveglierà dopo pochi giorni. Una delle maestre viene ricoverata nel reparto di rianimazione.

Attraverso i primi controlli e primi screening si è riscontrata l'esigenza di intervenire anche dal punto di vista psicologico per ridurre le reazioni collegate allo stress e promuovere strategie di coping. Il triage psicologico venne effettuato dagli psicologi della Neuropsichiatria Infantile, secondo la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 Luglio 2006 sui "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (www.interno.it)¹.

In ospedale, i bambini ricevono tutte le cure necessarie: viene attuato quello che si può definire un intervento di primo supporto psicologico. Infatti, alle vittime venne offerto un intervento immediato di pronto soccorso psicologico, con l'obiettivo di portare sicurezza e conforto, sollevare dalla sofferenza, promuovere la resilienza² e le strategie di coping a breve e a lungo termine.

E' stato durante le fasi iniziali di intervento psicologico in emergenza, che l'equipe di Neuropsichiatria Infantile ha constatato l'esigenza di un intervento specialistico. Inoltre, attraverso un triage psicologico, i pazienti sono stati suddivisi per classi di priorità (bassa, media o alta), per gravità delle lesioni, reazioni da shock e per necessità di trattamento. In seguito, dopo aver riscontrato nei bambini la presenza di classici sintomi da Disturbo Post-Traumatico da Stress, l'equipe psicologica ha contattato l'associazione italiana per L'EMDR³, in quanto trattamento d'elezione ed evidence-based per questo tipo di disturbo, al fine di stabilire insieme un intervento mirato per questi bambini.

METODO

Grazie anche alla disponibilità e all'aiuto della dirigente dell'istituto comprensivo di Asigliano Vercellese, di cui fa parte la scuola elementare dei bambini, e del comune di Stroppiana, da subito è stato possibile organizzare il piano operativo di intervento psicologico, la cui sede operativa è stata proprio la scuola elementare.

I genitori dei bambini vennero invitati, tramite lettera del personale ASL e della dirigenza scolastica, a partecipare ad un incontro informativo e psico-educativo in cui è stato spiegato in cosa sarebbe consistito l'intervento con l'EMDR, in cui sono stati raccolti i consensi in formati alla terapia e sono stati chiariti dubbi e perplessità dei genitori.

Il progetto di Vercelli può essere considerato una ricerca quasi-sperimentale. Tale scelta è stata dettata da esigenze etiche per le quali non sarebbe stato possibile randomizzare i soggetti e scegliere di non trattare un gruppo di bambini in stato di profonda sofferenza. Il 77% dei bambini, cioè la quasi totalità del campione, ha aderito. Inizialmente un gruppo di famiglie ha aderito alla proposta di trattamento a poche settimane dall'evento, in seguito, si aggiunse un gruppo più piccolo di confronto a trattamento ritardato che comprendeva i bambini le cui famiglie decisero in un secondo momento di partecipare.

¹ Sito italiano del Ministero dell'Interno in cui è possibile consultare le leggi promulgate. I primi interventi a favore delle popolazioni vittime di catastrofi in Italia risalgono all'incirca al 1980. Negli anni successivi si intervenne molto nell'ambito della Psicologia dell'Emergenza, in occasione di eventi naturali come terremoti e alluvioni o nei diversi tipi di incidenti provocati da errori umani (l'incidente del grattacielo Pirelli a Milano nel 2002, ad esempio). L'importanza della Psicologia dell'Emergenza venne riconosciuta in Italia per la prima volta, dal punto di vista istituzionale, all'atto della promulgazione del Decreto Ministeriale del 13/02/2001, in relazione ai "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (www.interno.it) nel quale si sottolinea la necessità di fornire supporto a livello psicologico alle persone colpite da eventi catastrofici.

² Capacità composita in cui convergono diversi fattori che mobilitano le risorse degli individui.

Le fonti di resilienza disponibili comprendono:

- Risorse Interne
- Risorse Esterne
- Risorse del contesto sociale e culturale

³ Acronimo di Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (vedi Metodo).

Dei 39 sopravvissuti e presenti alla gita 30 famiglie aderirono alla proposta di trattamento con EMDR per i propri figli. Un primo gruppo di bambini partecipò al ciclo di sedute ad un mese di distanza dall'evento; un secondo gruppo (definito di confronto) fece richiesta dopo più di 3 mesi dall'evento (molte delle famiglie erano infatti in ferie nel mese di giugno).

Nella prima fase del programma (pre-test) tutti i bambini, individualmente, vengono sottoposti ad una prima valutazione testistica e ad una intervista clinica per rilevare il livello di sintomatologia post-traumatica da parte di valutatori omogenei ed indipendenti.

In seguito, viene effettuato un ciclo di 3-8 sedute di EMDR con ciascun bambino, con una media di 6 sedute. I ricordi traumatici su cui si è lavorato con l'EMDR erano legati ai momenti peggiori dell'incidente e alla notizia della morte dei compagni di scuola, alle situazioni che causano ansia attualmente e ansia anticipatoria.

Nella fase successiva (post-trattamento), ad una settimana dal ciclo di sedute, è stata somministrata nuovamente l'intera batteria utilizzata in precedenza. Così è stato fatto anche per i follow up ad un mese, 3 mesi ed 1 anno, in cui si è voluto monitorare l'andamento della sintomatologia post-traumatica a distanza di tempo dal trattamento con EMDR.

L'intervento è stato fatto con un gruppo trattato ad un mese dall'evento e con un gruppo a distanza di più di 3 mesi per poter valutare la sintomatologia nella fase acuta (entro 3 mesi dall'evento) e in un gruppo di intervento ritardato dopo i 3 mesi (fase di PTSD cronico). In questo modo si è potuto valutare la possibilità di vedere se la sintomatologia post-traumatica nei bambini rientrava in modo spontaneo in grossa percentuale come afferma il DSM IV-TR.

Dato l'alto livello di traumatizzazione a cui sono stati sottoposti i genitori nell'attendere notizie sui loro figli, (vittime secondarie secondo Taylor & Frazer, 1981), e visto il coinvolgimento in prima persona delle insegnanti nell'incidente (vittime primarie)⁸, è stata data la possibilità anche agli adulti di usufruire di un ciclo di sedute EMDR.

Le circa 235 valutazioni sono state condotte da 8 valutatori indipendenti, mentre 8 terapeuti dell'associazione hanno effettuato le 275 sedute EMDR.

Tutta la terapia ha avuto luogo nella scuola elementare dei bambini, grazie alla stretta collaborazione della dirigente scolastica. Tale setting ha permesso ai bambini di accogliere in maniera più naturale il ciclo di sedute di psicoterapia.

TRATTAMENTO

Alla prima rilevazione in fase acuta (indipendentemente dall'appartenenza al gruppo) il 43% dei bambini aveva sviluppato i sintomi per la diagnosi di PTSD, mentre il 34% aveva presentato una sintomatologia post-traumatica che non rientrava nella diagnosi da DSM IV-R per un cluster mancante o per una diversa suddivisione tra cluster.

Data la presenza elevata di sintomatologia, sia per un PTSD conclamato che per un disturbo sottosoglia, fu subito chiaro che questi bambini avevano bisogno di un aiuto psicologico specialistico per affrontare la situazione e cercare di migliorare la loro condizione.

Tutti i bambini presenti al momento dell'incidente sono stati trattati con EMDR sul ricordo dell'esperienza traumatica, anche quelli con pochi sintomi isolati o con nessun sintomo. In questo modo si è data la possibilità anche a questi bambini di elaborare il disagio soggettivo che causava il ricordo dell'incidente. Inoltre, nonostante questi non avessero un disturbo d'ansia con sintomi conclamati avevano emozioni e sensazioni disturbanti nei confronti dell'incidente. Il lavorare su questi elementi con EMDR sicuramente ha un valore di prevenzione per eventi stressanti che possano affrontare in futuro. Infatti, queste esperienze possono rimanere immagazzinate nella memoria e fare da fattore di rischio per il futuro.

RISULTATI

I bambini alla prima rilevazione hanno presentato un quadro abbastanza eloquente della situazione e delle loro reazioni emotive sviluppate a seguito dell'incidente, nonché della perdita dei due compagni di scuola. Infatti, circa il 77 % del campione aveva sviluppato i sintomi per un disturbo post-traumatico da stress, suddiviso in 43% di PTSD e 34% di PTSD Sottosoglia. La percentuale rimanente del campione presentava solo qualche sintomo isolato.

Confrontando i dati del pre-trattamento con i risultati della valutazione post-trattamento, si è ritenuto necessario escludere dall'analisi statistica due bambini, che dopo la prima somministrazione dei test non si sono più presentati (drop out), e altri due bambini non presenti quel giorno per cause indipendenti dai valutatori.

Se si prende in considerazione la diagnosi, è possibile notare che dopo il ciclo di EMDR nessun bambino rientra più nella diagnosi di PTSD: utilizzando il T-test per campioni appaiati a due code, è stato ottenuto un valore $T=4,05$ e $\alpha=0,000$, altamente significativo.

Questo risultato è stato confermato anche nel follow up a 6 mesi in cui è presente un parziale ritorno del disturbo (8%) caratterizzato da una $T=3,33$ e una $\alpha=0,003$, dato anche questo significativo. Nel follow up ad un anno, la diagnosi di PTSD scompare di nuovo.

⁸ Frazer e Taylor hanno classificato le vittime di incidenti critici in 4 livelli a seconda del coinvolgimento del soggetto nell'evento in questione. In questo progetto sono state considerate solo le vittime dei primi due livelli:

- I bambini e le insegnanti (vittime primarie) che hanno vissuto in prima persona l'evento,
- I genitori (vittime secondarie) che hanno vissuto indirettamente l'evento attraverso la sofferenza dei loro cari.

Anche per quanto riguarda la diagnosi Sottosoglia si sono potuti osservare decisivi miglioramenti nel corso del tempo. Infatti, ad un valore elevato nella prima valutazione è risultata una percentuale decisamente più bassa dopo il trattamento, solo il 4% risultava mostrare questi sintomi ($T= 2,86$ e $\alpha=0,01$). Nel follow up a 6 mesi la percentuale risultava essere dell'8%, così come nel follow up ad un anno, dati anch'essi altamente significativi ($T= 2,27$ e $\alpha=0,03$).

D'altro lato, cresce la percentuale dei soggetti che nel post- trattamento (96% totale) e nei 2 follow up (rispettivamente 84% e 92%) presentano solo qualche sintomo o non ne hanno più.

ADULTI

Hanno aderito complessivamente 24 adulti ma le analisi sono state condotte solo su un campione di 15 soggetti, in quanto nei restanti 10 casi sono mancate una o più rilevazioni testistiche. Complessivamente il 78% di coloro che hanno effettuato la valutazione iniziale (24 soggetti originari) ha riportato un PTSD o un PTSD Sottosoglia e il restante 22% si divide tra quelli che hanno sviluppato pochi sintomi sporadici oppure non ha sviluppato alcun sintomo.

Nell'analisi del campione che abbiamo preso in considerazione (sono stati esclusi i soggetti che non avevano le rilevazioni consecutive di pre-trattamento e post-trattamento), il 69% degli adulti a cui è stata somministrata la batteria rientrava nella diagnosi di PTSD (38%) o nella categoria Sottosoglia (31%) alla rilevazione pre-trattamento, mentre il restante 31% presentava solo qualche sintomo (19%) o non ne presentava alcuno (12%).

Nel post-trattamento sono stati subito evidenti i miglioramenti, un dato che va ad avvalorare la tesi sull'efficacia immediata del trattamento EMDR nei casi di PTSD acuto. Anche la statistica supporta tale significatività. Infatti, ad una settimana dal ciclo di sedute nessuno manifestava più il disturbo conclamato. Nel confronto statistico, attraverso il T-test, è stato ottenuto un valore $T=3$ e $\alpha=0,01$ tra le due rilevazioni.

Solo il 6% rientrava nella categoria sottosoglia, percentuale anch'essa significativa confermata dal valore $T=2,24$ e $\alpha=0,04$. Invece, ben l'81% del campione non aveva più sintomi ($T= -5,75$ e α pari a 0) e il 13% rivelava ancora qualche segnale della precedente patologia (valore meno significativo con $T=0,44$ e $\alpha=0,4$ perché risulta poco differente dalla stima precedente).

Nei due follow up che sono seguiti, c'è stato un lieve riproporsi dei sintomi, ma non è significativo dal punto di vista clinico e neanche dal punto di vista statistico.

Infatti, nel gennaio 2008 il 9% dei soggetti aveva di nuovo sviluppato PTSD, mentre nel mese di maggio (2008) la percentuale era del 6%. Il 29% nel primo follow up e il 27% nel secondo rientrava nella categoria sottosoglia. Il 38% prima e il 40% dopo soffriva ancora del persistere di qualche sintomo e, infine, il 24% e il 27% non presentavano più sintomi.

DISCUSSIONE:

Questo progetto, iniziato nel periodo giugno/luglio 2007 e proseguito per più di un anno, fino a maggio 2008, ha portato ad importanti risultati a sostegno dell'efficacia della psicoterapia con EMDR in primo luogo sui bambini, ma anche sugli adulti.

Un dato rilevante è stato sicuramente l'adesione di una buona numerosità delle vittime al programma di trattamento proposto. Infatti, sui 39 bambini sopravvissuti all'incidente, 30 sono stati coloro che hanno partecipato alla prima rilevazione, ovvero una percentuale del 77% della popolazione coinvolta nell'incidente.

Se si confronta questo calcolo con quelli presenti in letteratura, ci si può rendere conto della rappresentatività del campione analizzato.

Uno studio inglese (Stallard et al, 2004) riguardante bambini vittime di incidenti stradali, ad esempio, ha riportato un'adesione agli interventi di trattamento proposti pari al 42% del campione iniziale¹³, con una percentuale di sviluppo di PTSD del 29% circa.

Questo studio risulta quindi essere più rappresentativo proprio per la quasi totale partecipazione dei soggetti alla ricerca e riporta un tasso di PTSD maggiore rispetto ad altri studi. Di questi bambini, il 43% aveva sviluppato un disturbo Post-Traumatico da Stress e il 34% rientrava nella categoria Sottosoglia.

Per quanto riguarda l'incidenza del PTSD in base alla suddivisione dei bambini nei gruppi, si è riscontrata una percentuale di disturbo vero e proprio del 37% nel primo gruppo e del 44% nel secondo gruppo, mentre nella categoria sottosoglia rientravano rispettivamente il 32% e il 44%. Di conseguenza i sintomi acuti da stress post-traumatico non sono rientrati a 3 mesi dall'evento come previsto nel DSM IV-TR, bensì aumentano se non ci sono interventi specialistici.

I risultati ottenuti dopo il trattamento sono stati importanti per sottolineare l'efficacia dell'approccio EMDR, sia immediata sia a lungo termine, nella sintomatologia acuta del Disturbo Post-Traumatico da Stress e avvalorare alcuni dati già presenti in letteratura soprattutto per quanto riguarda l'applicazione sui bambini.

¹³ 158 bambini su 384 parteciparono al progetto. Alcuni non furono contattati a causa di informazioni sbagliate, per altri i genitori non diedero il consenso o i bambini non vollero partecipare.

L'andamento sintomatologico dei bambini e degli adulti presenta alcune differenze. Sembra che i bambini abbiano manifestato elevate reazioni di stress, come confermato dai risultati dell'indagine sui tre cluster di sintomi nel corso del trattamento. In particolare il cluster di Iper-arousal sembra essere quello che perdura maggiormente, rispetto agli altri due, a distanza di un anno dall'incidente, ma senza una valenza clinica. In un altro studio effettuato su un gruppo di vittime di incidente stradale (Palyo et al, 2008), i ricercatori hanno riscontrato che tutti i sintomi di iper-arousal (ad eccezione dell'ipervigilanza) siano collegati ad appiattimento emotivo, associazione non presente tra appiattimento e intrusività ed evitamento. Si potrebbe trattare di una sorta di comorbidità con la depressione (i problemi di concentrazione e di sonno, infatti, presenti nel cluster, sono presenti anche nella depressione).

Anche le reazioni degli adulti allo stress sono state significative; la numerosità delle diagnosi di PTSD nel pre-trattamento fa riflettere sulla necessità di intervenire con il trattamento EMDR anche sui genitori.

Nel caso di Vercelli i genitori si sono dimostrati subito fiduciosi e hanno dato la possibilità ai loro figli di usufruire degli interventi psicologici forniti e dall'equipe del reparto di Neuropsichiatria e dai membri dell'Associazione EMDR. L'equipe psicologica è stata indispensabile nel gestire la situazione di emergenza che si è presentata nelle ore successive all'incidente, ha incontrato le vittime e i loro genitori in ospedale, fornendo loro il sostegno per affrontare un momento tanto critico. Si è impegnata inoltre a prestare i primi soccorsi psicologici al fine di promuovere e favorire la capacità di coping e la resilienza.

Importante e fondamentale è stata la collaborazione tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'Associazione EMDR Italia, a partire dall'attività svolta dagli psicologi che si sono occupati dei bambini al loro arrivo in ospedale fino al passaggio di consegne ai terapeuti EMDR per il lavoro specifico sul trauma.

Questa sintonia è stata un ottimo punto di partenza per il progetto, sostenuto e rafforzato anche dal contributo ricevuto dal Comune di Stroppiana e dalla dirigente Scolastica dell'Istituto Comprensivo di Asigliano di cui faceva parte la scuola frequentata dalle piccole vittime.

Infatti, grazie ad una buona collaborazione di un'equipe multidisciplinare, è stato possibile intervenire con i bambini in un luogo familiare come la loro scuola. L'utilizzo di tale setting ha sicuramente favorito l'adesione di un numero così significativo di pazienti e facilitato il processo di normalizzazione delle reazioni emotive.

I risultati di tutto il lavoro svolto (soprattutto attraverso l'analisi delle risposte date alla scala SCID, confermati dai dati ottenuti dalla CROPS per i bambini e dalla IES per gli adulti) hanno fornito importanti dati sulla numerosità dei bambini che sviluppano una sindrome post-traumatica in seguito ad un evento critico. Le reazioni possono persistere per parecchi mesi senza evolversi in una remissione spontanea, come confermato dai dati ottenuti dal gruppo di confronto a trattamento ritardato in cui il 44%, a 3 mesi dall'incidente, presentava un PTSD.

In conclusione, sia i dati epidemiologici sull'incidenza del PTSD in età evolutiva emersi dalla nostra indagine, sia i risultati ottenuti attraverso un ciclo di 6 sedute in media di EMDR con le vittime, supportano la tesi dell'importanza di un intervento specialistico nella fase acuta delle post-emergenze. Nella terapia con i bambini l'EMDR si è dimostrato uno strumento efficace e ha fornito interessanti spunti che possono incrementare la ricerca su questi aspetti epidemiologici e clinici.

I dati emersi dall'indagine psicodiagnostica sui genitori e sull'efficacia del ciclo di trattamento EMDR effettuato con loro sostengono la forte necessità di effettuare un intervento psicoterapeutico anche con le figure di accudimento di bambini vittime di traumi.