

PERUGINO L. (\*), ROAS L. (\*\*), LELLI S. (\*)

## **Consulenze alcolologiche e idoneità alla guida: linee di indirizzo per le CML nella valutazione dei soggetti segnalati per violazione dell'art. 186 CdS o per patologie alcol-correlate.**

Comunicazione al III Congresso Nazionale della Società Scientifica COMLAS – Foggia, 29 Settembre-1 Ottobre 2016.

(\*) UOC Medicina Legale, Azienda USL Toscana Nordovest – ex USL 5 Pisa.

(\*\*) Medico Legale, Pisa

Corresponding Author: [lisa.perugino@uslnordovest.toscana.it](mailto:lisa.perugino@uslnordovest.toscana.it)

### **Abstract: Alcoholology Consultation and Fitness to Drive: Guidelines for the Medico Legal Evaluation of Alcohol Abusers.**

An increasing awareness about alcohol related traffic accidents and the latest Italian Legislation on Traffic Homicides lead to the need of effective diagnostic pathways to evaluate if a previous drunk driver or a former alcoholic can safely resume driving.

This paper show data about the alcohol related medico legal evaluations made by the Pisa (Italy) panel of Medical Experts appointed by the Ministry of Transport in the first semester of 2016 (430 cases), 134 of wich were repeat DUI offenders, or had a BAC>1.5 g./l, or blood values suggestive for heavy drinking. The last mentioned were sent for an Alcoholology Consultation at the local NHS unit; as their report was of difficult interpretation in almost half of such cases, we realized that guidelines had to be draft to help the panel of Medical Experts to better understand the results of exams and reports in order to evaluate if such individuals can be safely considered fit to resume driving.

**Keywords:** alcohol abuse , driving, fitness to drive , Alcoholology Consultation .

### **Riassunto:**

Il problema della sinistrosità stradale legata all'alcol e le recenti novità normative in tema di omicidio stradale impongono l'esigenza di migliorare i percorsi di accertamento dei disturbi alcol correlati nei soggetti segnalati per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada (CdS) o per patologie alcol correlate. Nel presente lavoro abbiamo analizzato le revisioni e le conferme di patente di guida giunti all'attenzione della CML di Pisa nel I semestre 2016 per problemi alcol correlati, per un totale di 430 casi; di questi, 134 pazienti che hanno presentato maggiori difficoltà per una corretta valutazione ai fini dell'idoneità alla guida (storie di recidività di segnalazione ex art 186 CdS, alcolemia > 1,5 g/l, parametri ematochimici alterati, etc.) sono stati indirizzati al Centro di Consulenza Alcolologica (CCA) di riferimento per l'ex Azienda USL 5 Pisa (oggi Azienda USL Toscana Nordovest), che segue le procedure di valutazione descritte nella Delibera della Regione Toscana n. 624 del 03/09/2007. Il giudizio emesso dal Centro di Consulenza Alcolologica è stato

motivo di difficoltà di interpretazione in quasi la metà dei casi studiati (45.52%), con conseguente criticità nella formulazione del giudizio finale di idoneità alla guida da parte della CML.

Scopo del presente lavoro è quello di elaborare delle linee di indirizzo per le CML nella valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per violazione dell'art. 186 CdS o per patologie alcol-correlate e di approfondire i contenuti delle diagnosi alcolologiche, al fine di realizzare nuovi e più efficienti protocolli di accertamento dell'idoneità alla guida.

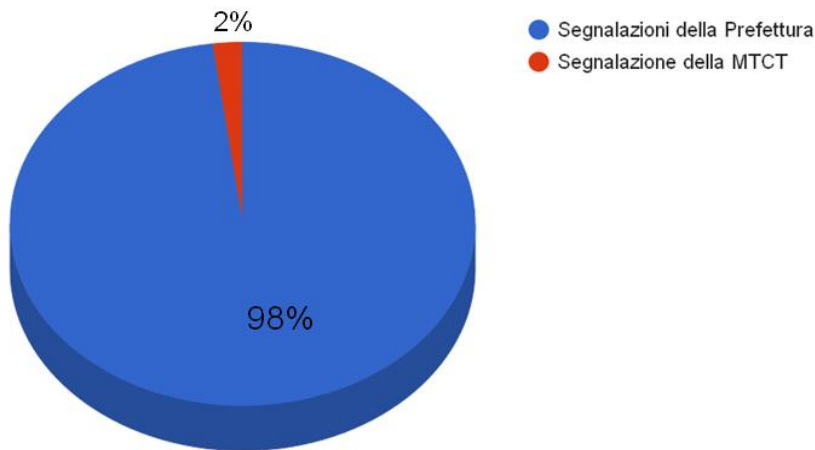
**Parole chiave:** alcol, idoneità, patente di guida .

Nel 2012 in Italia gli incidenti stradali alcol-droga-correlati sono risultati pari a 6.301, di cui 5.441 (86,4%) alcol-correlati (Fonte ISTAT). E' stato osservato un aumento marcato nel 2013 e 2014 dei dati di sinistrosità alcol-correlata, pari a +4,4% per gli incidenti, a +32,0% relativamente ai deceduti ed infine a +6,3% per i feriti. In definitiva si può affermare, come noto ormai da tempo, che l'alcol rappresenti la sostanza più dannosa ai fini dell'efficienza psico-fisica del soggetto alla guida. Il progressivo preoccupante aumento della sinistrosità stradale legata all'alcol costituisce uno dei motivi che ha condotto alla legge n°41 del 23 marzo 2016, che, introducendo nel nostro ordinamento il reato di "omicidio stradale", ha inasprito le pene per l'omicidio colposo conseguente alla guida in stato di ebbrezza alcolica, e segnatamente:

- reclusione da cinque a dieci anni in caso di tasso alcolemico compreso tra 0,8 e 1,5 g/l.
- reclusione da otto a dodici anni in caso di tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l o in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Da ciò l'esigenza di migliorare i percorsi di accertamento dei disturbi alcol-correlati nei soggetti segnalati per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada (CdS) o per patologie alcol correlate.

Nel presente lavoro abbiamo analizzato le visite di revisione o conferma della patente di guida per problematiche alcol-correlate, effettuate dalla CML di Pisa durante il I semestre 2016. Sono giunti alla nostra attenzione 430 casi (47% revisioni e 53% conferme), la quasi totalità dei quali provenienti da segnalazioni di Prefetture per violazioni dell'art. 186 CdS (v. Fig. 1).

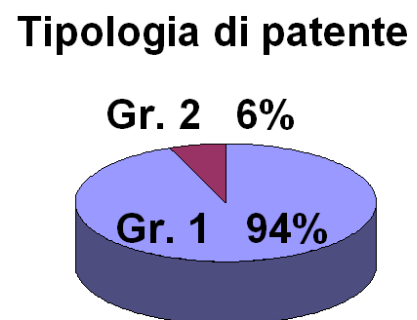
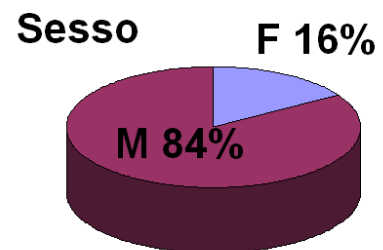
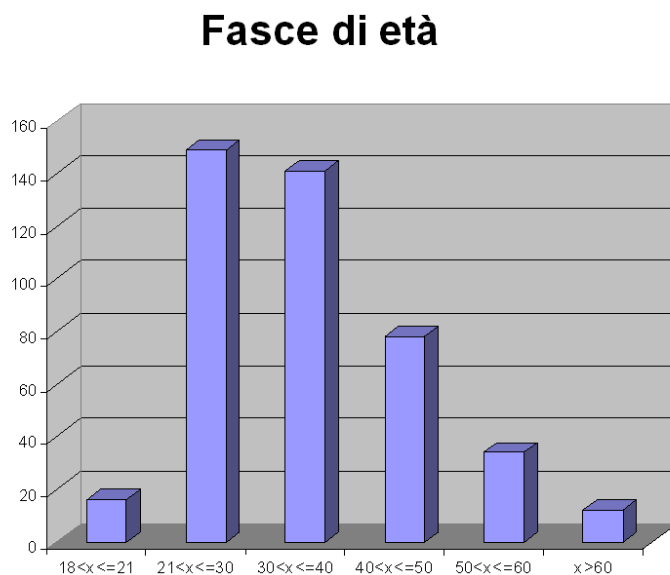


**Figura 1- Casi esaminati dalla CML Pisa nel I semestre 2016: Tot. 430 casi**  
 47% Revisioni (*ex art 186 CdS + MCTC*)  
 53% Conferme (precedenti idoneità)

Il dato anagrafico della popolazione esaminata ha mostrato la prevalenza di soggetti di età inferiore ai 30 anni, con una preoccupante rappresentanza di soggetti di età compresa tra i 18 ed i 21 anni, per i quali, come è noto, vige l'obbligo di un tasso alcolemico pari a zero.

Si è trattato prevalentemente di soggetti di sesso maschile (84%).

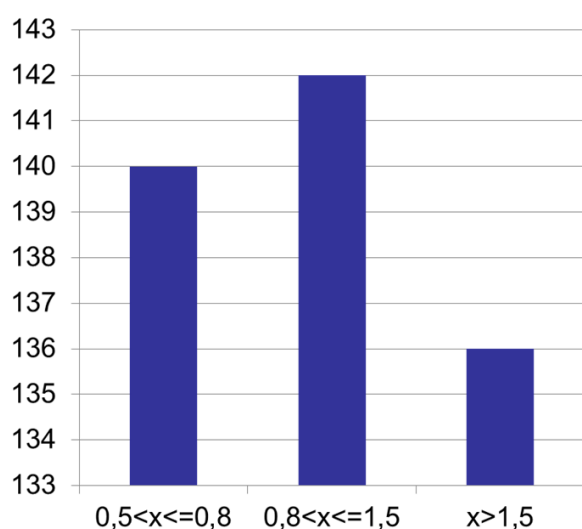
Soltanto nel 6% dei casi il soggetto era titolare di patente di gruppo 2 (v. Fig. 2).



### **Fig. 2- Dati anagrafici**

Un elemento interessante è rappresentato dal valore dell'alcolemia rilevata al momento della contestazione amministrativa: in 140 casi l'alcolemia era ricompresa tra 0,5 g/l e 0,8 g/l; in 142 casi il valore alcolemico era ricompreso 0,8 g/l e 1,5 g/l (142 casi); in 136 casi l'alcolemia era maggiore di 1,5 g/l (v. Fig. 3).

Il valore massimo di alcolemia rilevata è stato di 3,15 g/l. In 5 casi il soggetto aveva rifiutato di sottoporsi all'etilometro e in 65 casi il valore alcolemico non era disponibile.



### **Fig. 3- Valore alcolemico al momento del fermo (dato riferito alle sole revisioni)**

In Toscana, la Delibera della Giunta Regionale n. 624 del 03/09/2007 ha definito il percorso degli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida di autoveicoli in caso di violazione dell'art. 186 del CdS o segnalati alla Motorizzazione Civile per problematiche alcol-correlate. Il percorso ha previsto l'istituzione di Centri di Consulenza Alcolologica (CCA) a valenza Aziendale, nei quali operano specialisti con specifiche competenze alcolologiche.

Il percorso prevede che, al momento iniziale della prenotazione della visita in CML, all'interessato venga consegnata la prescrizione dei markers bioumorali indicativi di abuso di alcol: gamma-GT, MCV, AST, ALT, CDT, da effettuarsi tra il 60° ed il 30° giorno prima della visita in CML presso un laboratorio di analisi, pubblico o privato accreditato, con oneri a carico del richiedente. Al momento della visita in CML, in presenza di tutte le seguenti condizioni:

- prima violazione dell'art. 186 del CdS;

- anamnesi negativa per disturbi da uso di alcol;
- parametri ematochimici non significativi per abuso di alcol;
- assenza di reperti clinici di patologia alcol-correlata,

la CML esprime giudizio di idoneità con periodo di validità della patente di guida, di norma, fino a 12 (dodici) mesi. Alla scadenza dei 12 mesi di idoneità il percorso viene ripetuto e, ove ricorrano le medesime condizioni, viene espresso un giudizio di idoneità senza limitazione temporale e senza obbligo della visita in CML per i successivi rinnovi.

Secondo le linee di indirizzo previste dalla succitata Delibera, in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

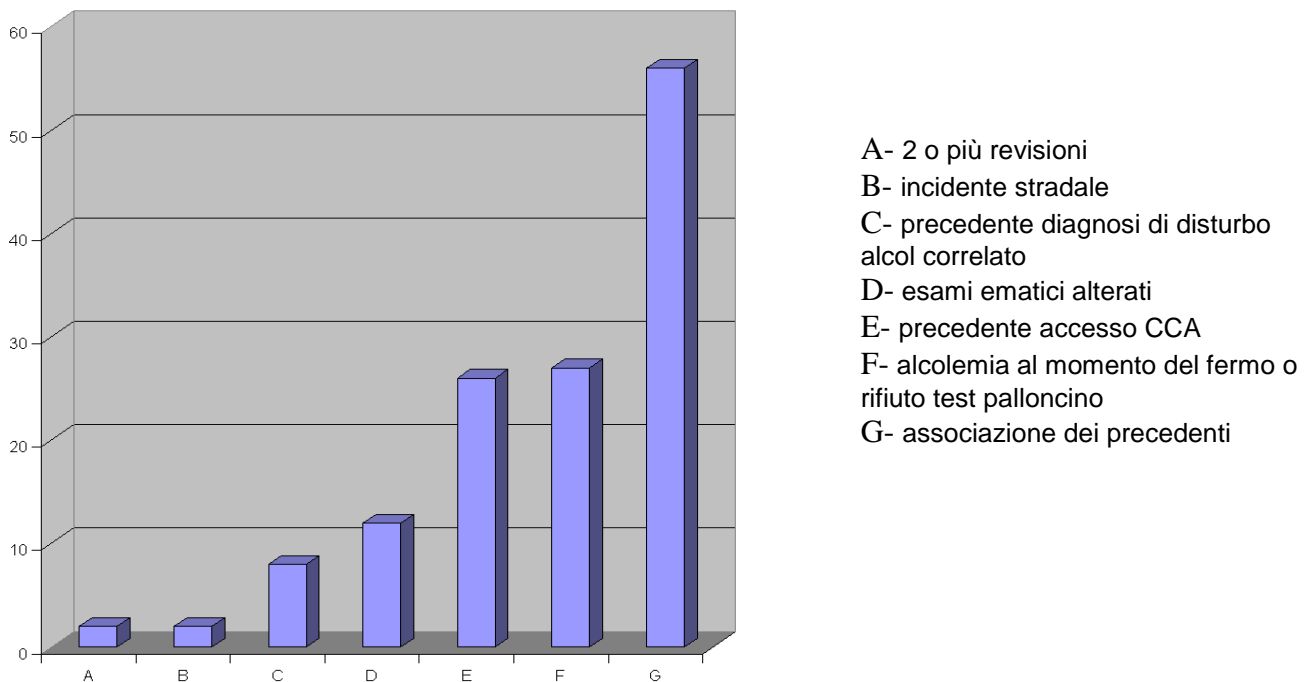
- recidiva nella violazione dell'art. 186 del CdS;
- anamnesi positiva per disturbi da uso di alcol;
- reperti clinici e/o ematochimici di patologia alcol-correlata,

la CML sospende la pratica e richiede la consulenza specialistica al CCA aziendale di riferimento.

Più recentemente si è ritenuto opportuno individuare ulteriori due criteri di invio al CCA, non presenti nelle linee di indirizzo allegate alla Delibera, ma che abbiamo ritenuto significativi e meritevoli di ulteriori approfondimenti specialistici:

- alcolemia al momento del fermo  $\geq 1,5$  g/l o ignota;
- incidente stradale di particolare gravità o significatività.

Sulla base di tali criteri, nell'arco temporale di riferimento i soggetti inviati al CCA sono stati il 31,7% del totale. In merito ai criteri che hanno motivato l'invio, si è rilevato che nella maggior parte dei casi risultava un'alcolemia al momento del fermo maggiore o uguale a 1,5 g/l o un precedente accesso al CCA, anche se la motivazione di gran lunga prevalente è risultata l'associazione tra due o più condizioni potenzialmente a rischio.



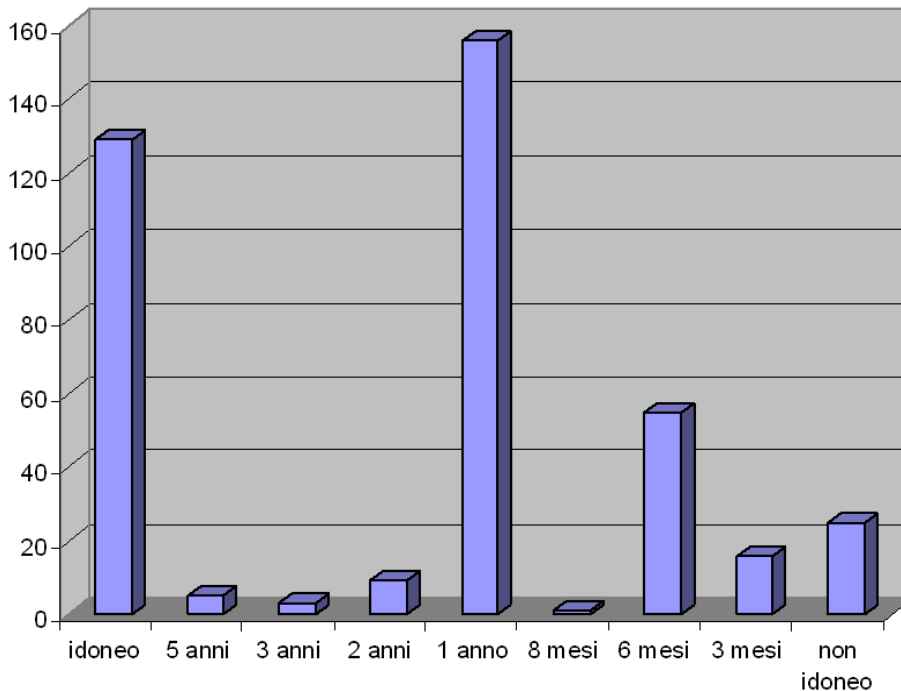
**Fig. 3- Motivi di invio al CCA**

In caso di invio al CCA il conducente, entro sette giorni, è tenuto a prenotare l'accesso al CCA attraverso il Centro Unico di Prenotazione. Lo specialista del CCA integra l'anamnesi, esegue la visita algologica ed il colloquio clinico e prescrive l'effettuazione degli stessi markers biumorali, da eseguire da 35 a 40 giorni di distanza dal primo esame ematochimico. Completato l'iter diagnostico, il CCA invia alla CML una relazione in cui viene espressa la diagnosi di stato attuale. Ove ne ravvisi l'opportunità, il CCA invita l'interessato a rivolgersi al servizio alcologico pubblico di riferimento territoriale.

Nell'86,8% dei casi la risposta del CCA ha escluso la presenza di abuso/dipendenza da alcol; di questi, nel 45% dei casi era comunque consigliata una rivalutazione nel breve periodo (3 o 6 mesi). Nell'11,6% dei casi era posta diagnosi di disturbi correlato all'alcol senza specificazione (NAS) ovvero erano presenti sintomi caratteristici di un disturbo correlato all'alcol ma i criteri per uno specifico disturbo non erano pienamente soddisfatti. In un caso era posta diagnosi di disturbo da abuso di alcol (0,8%) e in un altro caso (0,8%) era diagnosticata dipendenza da alcol in remissione completa protratta.

In merito alle comorbidità, in 46 casi era associato un disturbo correlato a sostanze stupefacenti illegali; altre comorbidità sono evidenziate dalla Figura 4.

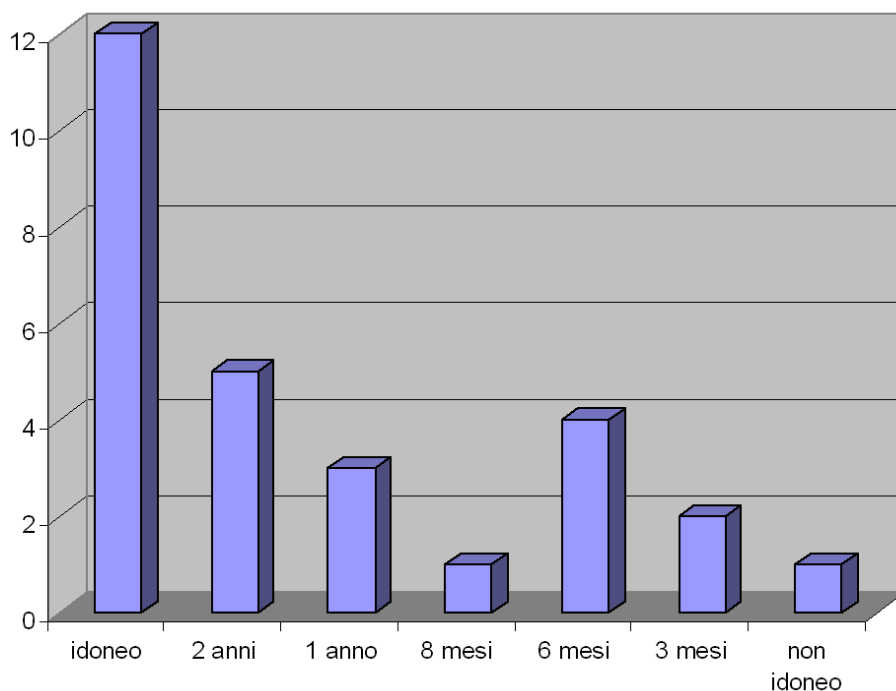




**Fig. 5- Giudizio CML – Gruppo 1**

Per ciò che attiene all'istogramma relativo ai giudizi espressi con riferimento alle patenti di gruppo 2 (Vedi Figura 6), emerge una distribuzione dei casi più omogenea, con un discreto numero di condizioni afferenti a una riduzione temporale rispetto alla previsione di legge con idoneità di 6 mesi, 1 anno, 2 anni. Anche in questo gruppo si precisa che i casi relativi all'idoneità 6 mesi, 3 mesi, 8 mesi sono effetto della indicazione fornita alla commissione dal CCA, mentre i casi che vanno a costituire la colonna di 1 anno o 2 anni sono direttamente stabiliti dalla commissione sulla scorta delle indicazioni contenute nelle linee di indirizzo regionale del 2007; inoltre, segnatamente per alcuni casi che definiscono la colonna dei 2 anni, i qualificatori che connotano le motivazioni dell'accesso alla CML rappresentano per la commissione importanti riferimenti valutativi.





**Fig. 6- Giudizio CML – Gruppo 2**

L'analisi dei risultati ci consente di formulare alcune osservazioni.

Innanzitutto, in merito al percorso, si è rilevato che troppo spesso l'intervallo di tempo tra il primo e il secondo esame ematochimico ha superato i 35-40 giorni indicati come *gold standard* dalla delibera del 2007: probabilmente dovranno essere rivisti i tempi di effettuazione del primo esame ematochimico previsti dal percorso, prevedendone l'effettuazione più a ridosso della visita in CML.

La Delibera GRT 624 del 03/09/2007 dovrà poi essere rivista prevedendo l'estensione dei criteri di invio al CCA per quei casi che, inizialmente non previsti dalla Delibera, ormai di fatto sono entrati nella pratica comune della CML, vale a dire:

- alcolemia al momento del fermo  $\geq 1,5$  g/L (o ignota);
- incidenti stradali di particolare gravità o significatività.

Poiché, per i soggetti segnalati per alcol con patenti di gruppo 2, il DLgs 59/2011 raccomanda alle CML estrema severità nella valutazione dei rischi e pericoli addizionali connessi con la guida di veicoli, valuteremo l'opportunità di inserire, tra i motivi di invio al CCA, la contestazione dell'infrazione su mezzo pesante con qualsiasi valore di alcolemia o tasso alcolemico non noto.

Per ciò che attiene alla visita alcolologica, per ridurre la variabilità diagnostica soggettiva ed eccessivamente legata all'esperienza clinica dell'alcolologo, si è pensato di proporre al CCA l'individuazione di linee guida o protocolli diagnostici, eventualmente da integrare con test di valutazione a valenza medico-legale, che

anche gli alcolisti meno esperti potrebbero utilizzare: questo consentirebbe l'uniformità del processo diagnostico e la rilevazione di casi misconosciuti.

Ci siamo anche interrogati sull'opportunità di proporre agli alcolisti di integrare la valutazione alcolologica con ulteriori indagini laboratoristiche, quali, ad esempio, la ricerca dell'Etilglucuronide (Etg) nelle urine dei pazienti con diagnosi di disturbo correlato all'alcol in remissione completa protratta, sia prescritta o meno terapia avversivante.

Infine, per l'individuazione dei casi di *binge drinking* (che non ha una entità nosologica ben definita ma è espressione di una diffusa tendenza, particolarmente diffusa tra i ragazzi di 18-24 anni, ad assumere alcol in maniera incontrollata in un tempo relativamente ristretto in occasioni di socialità), ci siamo interrogati in merito all'opportunità, nei casi sospetti, di far integrare la valutazione alcolologica con una visita psichiatrica mirata.

In conclusione, l'analisi dei risultati del presente lavoro ha rappresentato un'utile occasione di verifica dei protocolli in atto ed ha suggerito la necessità di potenziare la collaborazione tra CML e CCA per il miglioramento dei percorsi e per l'individuazione di metodologie sempre più efficaci nella diagnosi di disturbi alcol-correlati.

Per le voci bibliografiche: [lisa.perugino@uslnordovest.toscana.it](mailto:lisa.perugino@uslnordovest.toscana.it).