

**Dott. Stefano Lelli – Direttore U.O. Medicina Legale Azienda USL 5 DI Pisa**

**Protocollo regionale alcool: opinioni a confronto**

Ringrazio la mia amica Raffaella per avermi invitato a partecipare attivamente a questo incontro e saluto tutti i colleghi presenti. Ringrazio anche il prof. Patussi per aver introdotto con il suo intervento gli aspetti importanti della interrelazione medico legale – medico specialista di branca clinica ai fini dell'attività della C.M.L.; spesso emerge un problema di linguaggio da condividere e queste occasioni sono importanti proprio perché ci fanno capire come sia opportuno scambiare le esperienze e confrontarci sulle esigenze di ciascuno.

Il mio intervento consiste nella presentazione di alcune osservazioni sul protocollo regionale elaborato in tema di accertamenti in seno alla CML nei casi di sospetta patologia alcool – relata. In realtà, invece di “protocollo” dovrebbe essere individuato come “linea guida” perché la rigidità di comportamento operativo che abbiamo imparato ad associare al concetto di protocollo non è prevista per lo strumento di cui si discute.

La prima cosa che vorrei fare è contestualizzare questo lavoro, perché altrimenti si rischia di non capire fino in fondo le ragioni e i contenuti del documento.

Per contestualizzare la linea guida bisogna fare riferimento al contesto epidemiologico ed al contesto normativo.

Cercherò di essere molto sintetico ma alcuni dati numerici di rilievo epidemiologico devono essere conosciuti: l'OMS per quanto attiene al consumo medio pro capite di alcool classifica l'Italia assolutamente al di fuori dei riferimenti che ritengono accettabili in quanto il consumo di alcol nei soggetti superiori a 15 anni è stato nel 2003 di 10 litri e  $\frac{1}{2}$  procapite, che è quantità a testa assolutamente eccedente rispetto a quello che l'OMS indica come valore di normalità. L'OMS ha come obbiettivo per il 2010 un consumo nei maggiori di 15 anni inferiore a 6 litri. I dati del 2001/2002 per quanto attiene ai soggetti infraquindicenni hanno evidenziato secondo l'OMS una prevalenza di episodi di ubriachezza crescente con l'età tanto che nei soggetti di 15 anni questa prevalenza si aggira attorno al 23% per i maschi e al 17% per le femmine. Altro dato OMS importante: il 10% dei maschi ed il 2% delle donne che consumano

bevande alcoliche sono bevitori problematici. I bevitori problematici sono coloro che in qualche modo utilizzano l'alcool per gli effetti farmacologici e quindi lo consumano in caso di ansia, lo consumano in caso di depressione, di tristezza, di angoscia, in situazioni di stress eccetera. Per quanto attiene i dati Italiani l'ISTAT indica che la Toscana è al 4° posto come percentuale di bevitori di sostanze alcoliche. Il totale in Italia è del 73% mentre in Toscana siamo al 76%; siamo, dunque, al 5° posto dopo il Friuli, le Marche, l'Emilia Romagna e il Veneto.

Dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità riferiti al 95/2000 risulta un rilevante incremento dei consumatori di alcolici fuori pasto. Per quanto riguarda gli adolescenti (età 14/17 anni) è segnalato l'incremento di oltre il 31% per i maschi e di oltre il 104% per quando riguarda le femmine. Un incremento altrettanto significativo è registrato nella classe di età successiva 18-24 anni. Un altro dato di interesse è del Ministero della Salute: nel 2000 sono stati dimessi dagli ospedali con diagnosi totalmente attribuibile all'alcool oltre 99.000 pazienti; è stato calcolato il tasso per abitanti per regione che va da un massimo di 448/100 mila abitanti per Bolzano a un minimo di 72 su 100mila abitanti per la Sicilia; la Toscana è più o meno in posizione intermedia. Gli incidenti stradali, già qualcuno lo ha già accennato stamattina, sono la prima causa di morte nei giovani e nei soggetti di età inferiore a 45 anni. Abbiamo visto che l'OMS ha notevoli obiettivi per il 2010: uno è quello della riduzione del consumo di alcolici, l'altro è la riduzione del 40% della mortalità e della morbosità per incidenti stradali.

In Toscana, la media annuale di incidenti stradali nell'ultimo decennio appare in crescita ed è di 17.000 eventi, con 450 morti. Gli incidenti più gravi si verificano nei fine settimana: il 44% si verifica nelle notti che vanno dal lunedì al giovedì, la maggioranza quindi si concentra nelle notti del fine settimana, quando anche gli indici di lesività e di mortalità sono significativamente più alti.

Nei Paesi Occidentali secondo l'OMS il 20% dei conducenti coinvolti in incidenti stradali presenta tassi alcoolemici che sono comunque superiori rispetto a quelli ammessi; questa percentuale si eleva addirittura fino al 69% nei Paesi in via di sviluppo. L'ISTAT invece per quando quindi riguarda l'esperienza Italiana sottostima assolutamente questa percentuale, tanto che secondo i dati che si possono leggere l'alcool e le sostanze sarebbero responsabili solo dell' 0,6% degli eventi.

I dati 2001 del Ministero della Salute riferiti a 30 Commissioni Mediche Locali, insieme ristretto considerando che le Province in Italia sono 103, sono utili come spunto di riflessione: sono oltre 95mila le visite relative alle revisioni dell'idoneità alla guida per motivi riconducibili all'uso delle sostanze psicogene (14%). Sono dati che si ritrovano più o meno confermati nelle esperienze locali e anche nella Commissione Medica di Pisa vedete che dal 2003 al 2006 il numero totale delle visite è andato progressivamente crescendo e in sostanza anche la percentuale di visite riferite a sostanze psicattive è significativa.

La prima norma che richiama il problema "alcool, stupefacenti e guida" risale al '59. L'articolo 132 del codice della strada di quell'anno vietava appunto in maniera esplicita per la prima volta la guida in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di sostanze alcoliche e stupefacenti. C'erano comunque nella norma due zone di ombra e cioè la mancata definizione di ebbrezza ed anche la mancata individuazione dei mezzi utili per poter definire la condizione di ebbrezza alla guida. Come accade quando la normativa è carente la giurisprudenza vicaria la deficienza e quindi la Cassazione Penale nel 1985 ha dato una definizione di ebbrezza che peraltro dal punto di vista funzionale è ottima perché viene definita come quella "condizione di disarmonia psicofisica" determinata dall'ingestione di bevande alcoliche e di sostanze stupefacenti per cui venga a difettare la prontezza dei riflessi e la valutazione delle contingenze della circolazione. Non altrettanto era soddisfacente la Corte per quanto attiene agli strumenti utili all'accertamento della condizione di ebbrezza perché ha sostenuto che non era assolutamente necessario ricorrere ad indagini laboratistiche perché appariva sufficiente l'individuazione mediante dati obiettivi risultanti da riferimenti testimoniali e dalla constatazione degli agenti accertatori.

Si arriva alla legge 111 del 1988 che introduce definitivamente la definizione di ebbrezza alcolica come l'alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool. Il decreto del 1988 introduceva il limite di 0,8 grammi per litro da misurare nell'aria espirata come indicativo di ebbrezza alcolica. Il decreto del 1990 riguardava le caratteristiche tecniche degli etilometri. Il nuovo codice della strada con gli articoli 186 e 187 prevede il sanzionamento della guida in ebbrezza alcolica e da sostanze stupefacenti; l'articolo 379 del DPR 495/92 riguarda le modalità di impiego

dell'etilometro; la Legge 125 del 2001 è il nocciolo dell'intervento che introduce una modifica all'articolo 119 del nuovo codice della strada perché prevede l'integrazione nell'ambito delle Commissioni di un medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione e cura, riabilitazione, reinserimento sociale dei soggetti con problematiche alcool correlate. Il Decreto Legislativo numero 9 del 2002 riduce il tasso alcolemico ammesso alla guida a 0,5 grammi per litro; la Legge 214 dell'agosto del 2003 modifica gli articoli 186 e 187. In ultimo è opportuno un richiamo alla linea guida che risale al 2005, frutto di un gruppo di lavoro del Ministero della Salute, che peraltro è rimasta come grida manzoniana assolutamente non applicata anche se analizza in maniera molto precisa quali debbono essere i compiti sia degli agenti accertatori sia dei Medici che operano nelle strutture di primo soccorso. Peraltro offre spunto per tutta una serie di considerazioni in ordine al consenso, al trattamento sanitario in ordine alla tutela di ufficio che il medico deve esercitare in certe condizioni e anche in ordine alla figura di ausiliario di Polizia Giudiziaria che simultaneamente il Medico potrebbe essere chiamato a svolgere.

La contestualizzazione anche normativa si è esaurita e vorrei allora introdurre la linea guida Regionale passando però dall'esperienza di Pisa perché questa linea Regionale in qualche modo è collegata all'esperienza Pisana.

Si è accennato prima al fatto che la funzione della Commissione Medica locale non è da considerare esclusivamente di tipo medico-fiscale visto che svolge, in buona sostanza, una funzione di prevenzione "secondaria" che si sostanzia con la diagnosi precoce di stati patologici e può in certi casi favorire una precoce presa di coscienza da parte del soggetto.

Altre volte si può verificare l'occasione di operare in ambito di prevenzione terziaria mediante l'attivazione di misure di riabilitazione e di reinserimento sociale. Sulla scorta di queste considerazioni si è ritenuto che l'esperienza della Commissione Medica Locale potesse essere utile all'attivazione di momenti formativi da collocare nell'ambito di una prevenzione primaria e dal 2001 noi abbiamo iniziato un'esperienza che ha visto il conforto e la partecipazione attiva della Provincia, dell'ACI e anche di altre strutture presenti sul territorio. Si tratta di un progetto indirizzato alle ultime tre classi delle scuole medie superiori ed agli insegnanti consistente in un corso di

educazione stradale che ha visto l'intervento di ingegneri dell'ACI, di funzionari della Polizia Stradale, di Medici del Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza e dei medici della Medicina Legale. Questi ultimi hanno affrontato il tema delle varie sostanze di abuso ad azione psicotropa e i loro effetti sulla guida di veicoli con la presentazione e la discussione dei casi.

Questi momenti formativi sono stati preceduti prima da valutazioni delle abitudini degli studenti riguardo al consumo di sostanze lecite ed illecite e delle conoscenze che hanno dell'influenza di queste sostanze sulle capacità e sull'abilità della guida. Questa valutazione è stata fatta mediante indagini condotte con questionari semistrutturati. Nelle diapositive sono riportati alcuni dati sintetici ma significativi relativi a queste classi di età. L'uso di un mezzo di locomozione è pressoché proprio di tutti i ragazzi; il 96% dichiara di avere un mezzo di locomozione e percentuali molto alte bevono superalcolici; il 53,6 ha affermato di essersi ubriacato negli ultimi sei mesi, oltre il 45% almeno una volta, il 46% fino a sei volte, circa il 9% più di sei volte; il 97% dei ragazzi pensa che l'alcool influenzi la capacità di guida e una buona percentuale crede che ciò dipenda dalla qualità della sostanza; la causa principale di influenza viene considerata la quantità, e quindi considera che solo una grossa quantità di alcool possa determinare problematiche per la guida.

Il dato essenziale è la Legge del 2001, la 125, la quale prevede che la Commissione sia integrata con la presenza di un Medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale dei soggetti con possibili problematiche alcol correlate. La dizione "problemi e patologie alcool correlati" richiama immediatamente le categorie diagnostiche del DSM4 che prevede per quanto attiene al disturbo alcool-correlato i c.d. "disturbi da uso" e i c.d. "disturbi indotti" dall'alcool; c'è poi l'articolo 3 comma 4 della stessa Legge che prevede dei finanziamenti di mille milioni di lire all'anno per l'attività di monitoraggio dell'abuso di alcool e delle malattie alcool-correlate e 200 milioni all'anno per attività di formazione e di prevenzione. Sono finanziamenti contenuti ma non trascurabili in attesa dell'atto d'indirizzo. Il Ministero intanto ha ripartito ponderatamente tra la Regioni questi fondi annuali e per quanto riguarda la Toscana nel 2001 e nel 2002 i fondi forniti sono stati di oltre 34mila Euro.

Fin dalla data di emanazione della norma per quanto attiene all'esperienza pisana ci si è regolati sull'applicazione tassativa di essa, con la previsione di un primo accesso alla Commissione, la visita medico legale con la richiesta degli esami ematochimici. Una volta effettuata l'indagine laboratoristica avveniva il secondo accesso alla Commissione questa volta integrata con il Medico del Dipartimento delle Dipendenze in assenza di personale appartenente a servizi alcologici strutturati.

Questa realtà operativa è andata avanti per alcuni anni poi ci siamo posti nell'ottica di una sostanziale insoddisfazione perché le persone che venivano sottoposte a revisione per questo problema risultavano in numero sempre crescente mentre i tempi di accertamento in seno alla CML sono tipicamente molto contenuti. Peraltro la disponibilità ad assicurare una maggiore presenza in seno alla commissione da parte dei medici del Ser.T. è mancata e, allora, ci siamo accorti della necessità di cambiare modalità organizzativa. L'unica maniera per poter cambiare era quella di mantenere e di perfezionare il momento della consulenza specialistica prevedendo una consulenza esterna così da consentire di mantenere tempi brevi per quei casi che non risultavano problematici e di aumentare anche significativamente i tempi di ascolto e di valutazione per quanto riguarda i casi più problematici, con il vantaggio di aumentare automaticamente anche la capacità di intervento terapeutico del singolo da parte dei servizi specialistici. In buona sostanza il termine "integrazione" ha assunto quindi il significato di completamento e di coordinazione di attività semplice in una attività più complessa che è quella della valutazione clinica. Si è arrivati, quindi, a individuare due organismi: la Commissione Medico Locale e il Centro di Consulenza Alcoolologica dove lavorano medici specialisti dipendenti o convenzionati con l'Azienda USL 5 di Pisa iscritti nei ruoli nominativi Regionali dell'Unità Operativa di Medicina delle farmaco-tossico-dipendenze.

Le diapositive che seguono presentano la linea guida organizzativa regionale che richiama l'articolo 6 della Legge 125 per evidenziare che alla norma non è stata data piena applicazione giacché non è stato emanato l'atto di indirizzo che avrebbe dovuto definire i requisiti organizzativi e di funzionamento dei servizi in ambito regionale; ciò ha condizionato un'operatività disomogenea delle Commissioni toscane. In effetti da un'indagine che ho fatto rapidamente nell'ambito regionale in questi giorni emerge una

realtà a pelle di leopardo in quanto a Pisa, Livorno, Siena e Grosseto non è presente l'alcolologo ad integrare il collegio.

Allora ritorniamo alle indicazioni della linea guida.

Il conducente incorso nella violazione dell'articolo 186 è tenuto a prenotare la visita della Commissione secondo le modalità organizzative locali. Al momento della prenotazione della visita viene consegnato un depliant informativo e viene consegnata la prescrizione di una serie di valutazioni bioumorali. Tra questi indici è compresa la CDT, inserita nella slide in parentesi e con alcuni punti interrogativi perché nell'accordo regionale questa valutazione in questo momento non è stata inserita. Per quanto riguarda il depliant informativo vi propongo quello che abbiamo in uso a Pisa solo a livello conoscitivo perché ci sembra efficace visto che è strutturato in maniera semplice ed individua due tipi di percorso: uno sviluppato in tre momenti per i casi senza evidenza di problemi alcool-relati; e un secondo percorso che si sviluppa in otto momenti quando invece siano evidenti "problemi" che determinano la necessità della consulenza da parte del Centro di Consulenza Alcolologica.

Al primo accesso alla CML sono distinti due casi: caso A e caso B. Quando il soggetto si presenta in condizioni diciamo non problematiche (prima violazione dell'articolo 186, anamnesi negativa per disturbi da alcool, parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool, assenza di reperti clinici di patologie alcool correlate) la Commissione esprime un giudizio di idoneità. Per quanto riguarda l'esperienza nostra il periodo di idoneità in questi casi è sempre stato quello di legge mentre nella linea guida si è ritenuto opportuno dare una limitazione della idoneità a 12 mesi.

Questa scelta è effetto di una ampia discussione in sede regionale che ha visto la partecipazione di molti alcolologi, anche operanti in seno alle stesse commissioni provinciali. Con loro si è discusso della necessità di integrare i differenti comportamenti locali e nel caso della CDT è stato messo in evidenza come l'indice sia fortemente contestabile perché non attendibile da un punto di vista medico legale e quindi è stato pensato che come primo livello di screening fosse non necessario prevederlo e fosse da utilizzare come secondo livello specialistico.

SEGUE DISCUSSIONE