

## **DIBATTITO**

### **Mariella Immacolato**

Io credo che dobbiamo procedere verso la standardizzazione dei protocolli che applichiamo per i giudizi di idoneità alla guida perché questa, oltre a migliorare la qualità medico-legale dei giudizi, diventa anche uno strumento di protezione nei confronti di eventuali rivendicazioni di tipo giudiziario. Il protocollo che decidiamo di condividere deve poi essere poi applicato in tutte le sue parti, seppure con la possibilità di scostamenti motivati. A mio avviso, mi pronuncio anche a nome degli specialisti “alcologi” della CMLP di Massa Carrara, la CDT è un esame importante per lo screening, che deve essere inserito nella batteria di esami di tutte le CMLP della regione in quanto altrimenti alimenteremo, sicuramente, il fenomeno della migrazione degli utenti verso quelle CMLP che non richiedono l’esame (che oltretutto ha un costo significativo). Lasciare alle CMLP margini di discrezionalità in relazione alla CDT espone a contenziosi, pertanto è auspicabile che il protocollo che stiamo discutendo sia condiviso in ogni sua parte ed applicato in maniera uniforme.

### **Stefano Lelli**

In realtà il Protocollo è il frutto della discussione collegiale tra gli alcologi di tutte le Commissioni Mediche Locali; per quanto riguarda la CDT è stato messo in evidenza che questo esame è fortemente contestabile tant’è che i tossicologi addirittura specificano nelle loro certificazioni che non è attendibile da un punto di vista medico legale. Abbiamo quindi pensato che ad un primo livello di screening non fosse necessario mentre potevamo utilizzarlo ad un secondo livello (eventualmente specialistico). Questo fu l’accordo tra tutte le figure alcologiche, un accordo che è il risultato del confronto in prima battuta tra i referenti delle équipes alcologiche o, laddove non c’erano, tra i referenti dei Dipartimenti delle Dipendenze, quindi in seconda battuta tra i Capi dei Dipartimenti delle Dipendenze e in ultima istanza tra i referenti della Medicina Legale.

### **Valentino Patussi**

In termini clinici posso confermare, in qualità di gastroenterologo, che il CDT è scarsamente attendibile e può essere influenzato da un'ampia serie di condizioni (giovani, donne, cirrosi, epatopatie, danni nutrizionali ecc).

### **Raffaella Giannini**

Mi preme precisare che in effetti il CDT non è utilizzato come unico parametro ma è da intendersi come strumento che aumenta la sensibilità, e in qualche modo anche la specificità, dell'accertamento complessivo bioumorale. Il valore di CDT deve essere letto insieme a Gamma GT, GOT, VCM nonché alla luce dell'anamnesi. Temo che inserendo questo esame ad un secondo livello i tempi dell'accertamento vengano dilazionati ulteriormente, con indubbio disagio per l'utente.

### **Valentino Patussi**

Intendevo dire che il CDT in ambito internistico non è considerato un test dirimente a differenza dell'MCV o dell'anamnesi; per questo motivo è stato considerato un test di secondo livello, tenendo anche in considerazione i costi (a carico dell'utente).

### **Ornella Gangi**

So che il Prof. Patussi utilizza un Protocollo estremamente sofisticato; peraltro in tutti gli accertamenti che io ho espletato come Commissione, anche quelli relativi a giudizi di idoneità con revisione dopo un anno, mi sono avvalsa della collaborazione del Prof. Patussi. Facendo riferimento al primo percorso di cui ha trattato il Dott. Lelli, in sede di primo accesso l'anamnesi dovrebbe essere specialistica, raccolta dall'alcolologo.

### **Stefano Lelli**

L'utente al momento della prenotazione dell'accertamento in Commissione ha avuto il depliant informativo e la richiesta delle indagini ematochimiche; quando arriva in Commissione (percorso semplificato, per soggetti senza particolari problematiche) viene sottoposto a valutazione medico-legale di idoneità alla

guida fondata sui dati anamnestico-circostanziali, sulla motivazione della revisione, sui risultati delle indagini bioumorali; in questa fase non vengono utilizzati strumenti di valenza specialistica alcologica.

### **Leonardo Marini, alcologo CML Pistoia**

Sono un tossicologo che dà molta importanza alla CTD nel contesto degli altri esami, mentre ad esempio senza la CTD ho qualche difficoltà in più perché in base alla mia esperienza, lo dico in maniera empirica, poche volte abbiamo trovato pazienti con un volume cellulare sopra 98 e con correlate gamma-GT alterate o transaminasi con GPT di circa il doppio delle GOT, cioè con inversione dei valori. La positività della CTD insieme a questi esami ci dà una buona sicurezza, al di là della metodica analitica utilizzata dal laboratorio. A mio avviso questo è un esame molto importante, valutato ovviamente nel contesto degli altri esami e dell'accertamento clinico-anamnestico nel suo complesso. Sempre in base all'esperienza, abbiamo constatato che nei soggetti ai quali abbiamo tolto la patente per CTD alterata, l'esame si normalizza quando i soggetti medesimi smettono di bere. Credo peraltro che mai ci sia stata contestata una patente revocata per CDT alterata.

### **Massimo Martelloni**

Innanzitutto dobbiamo aver il coraggio di fare un passo alla volta pertanto, per prudenza, io consiglio di definire in maniera diversa l'accordo, ossia né Protocollo né Linea Guida ma "Linee di indirizzo", perché lo scopo è quello di creare condizioni di maggiore sicurezza e soprattutto uniformità di comportamento. Altra osservazione: quando si fa riferimento a parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool si deve specificare quali sono i parametri definendo almeno un gruppo-base di esami ai quali se ne possono aggiungere altri. Mi sembra poi di capire che la maggior parte di noi è favorevole all'introduzione della CDT tra gli esami di screening.

**Dott. Mauro Zuccotti, alcolologo CML Pistoia.**

Sempre a proposito della CDT mi preme precisare che non era stata inserita tra gli esami di screening per due motivi: 1) il valore di cut-off, dal momento che i livelli normali di CTD variano da popolazione a popolazione. Non sono peraltro rari i casi di soggetti con esami perfettamente normali ma con una CDT alterata, che potrebbe dipendere da una patologia non conosciuta; 2) in realtà la CDT non correla con nessuno degli altri parametri mentre è molto più affidabile il volume cellulare medio. Per questi motivi quando ho partecipato ai lavori di stesura di questo Protocollo anch'io ero favorevole a non inserirlo come esame di prima istanza perché a mio avviso ci esponeva a tutta una serie di contestazioni di tipo metodologico. Capisco tuttavia anche la posizione degli altri Colleghi, perché purtroppo la CDT gode di una fama forse superiore alle reali capacità del test di individuare pazienti che abusano di alcool perché è sempre stato detto che questo esame è specifico per l'alcool. Di fatto, come diceva Valentino, ci sono condizioni in cui questo esame in realtà risulta alterato per motivi che il paziente potrebbe anche non conoscere (ad esempio una cirrosi biliare primitiva).

**Alessandro Baldini**

Io volevo fare una osservazione riguardo ai dodici mesi di conferma nelle revisioni per alcool. In questi casi, se il soggetto non presenta nulla di patologico né dal punto di vista enzimatico né dal punto di vista anamnestico, né dal punto di vista psicologico o quant'altro noi confermiamo la patente con una scadenza ordinaria perché mi sembra tutto sommato eccessivo porre un limite a 12 mesi.

**Simona Del Vecchio**

Noi in Emilia Romagna nei medesimi soggetti (prima revisione, senza particolari problematiche) confermiamo la patente per un periodo più breve (tre mesi). Forse siamo un po' esagerati, lo ammetto, tuttavia dobbiamo considerare che, anche in caso di soggetti che, occasionalmente, risultano positivi all'etilometro perché appena usciti da un ristorante, si tratta pur sempre di violazione di un articolo del

codice della strada a causa di un comportamento non diligente e non prudente, pertanto è a mio avviso ammissibile un breve periodo di conferma dopo il quale, se tutto procede per il meglio, la validità tornerà normale.

### **Stefano Lelli**

Comprendo le osservazioni di Baldini perché in situazioni tranquille sia dal punto di vista anamnestico che laboratoristico può essere molto difficile motivare in sede di revisione una validità di soli 12 mesi. D'altro canto dobbiamo distinguere i provvedimenti amministrativi dalle decisioni sanitarie. Per non esporci a ricorsi è importante che la bozza di accordo venga inquadrata come Linea Guida e non come protocollo. In effetti ad una prima osservazione spesso è difficile stabilire con certezza che il soggetto non sia a rischio di recidiva; al primo contatto con l'utente è previsto un momento informativo-educativo, quindi valutiamo la situazione, formuliamo il giudizio e, se i parametri si mantengono nella norma a 12 mesi si riconferma la patente con validità ordinaria.

### **Sergio Dini**

Anche noi fino a un paio di anni fa davamo una validità a scadenza in sede di revisione ed una validità normale alla prima conferma; da un paio di anni, visto che per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti il Consiglio regionale prevede tre controlli in tre anni, abbiamo per analogia effettuato due controlli in due anni (e non abbiamo avuto nemmeno un ricorso). A mio avviso 12 mesi di validità al primo contatto va benissimo; forse sarebbe opportuno prevedere un range "fino a 12 mesi" e quindi un certo margine di discrezionalità perché ogni caso è a se stante e, a parità di esami sieroematici, ogni soggetto ha un proprio stile di comportamento.

### **Stefano Lelli**

A questo punto esaminiamo il percorso per i casi problematici, che si identificano per la sussistenza di almeno una delle seguenti situazioni: recidività, anamnesi positiva per disturbo da uso di alcool ovvero reperti clinici e/o ematochimici che possono ricondurre a patologie alcoolcorrelate. In questi casi gli effetti che in

seno alla Commissione si determinano sono questi: 1) la sospensione del giudizio quando a causa del provvedimento amministrativo in atto la persona non sia in possesso della patente di guida, 2) un giudizio motivato di non idoneità temporanea qualora la persona sia in possesso della patente di guida perché è stata restituita dalla Prefettura e la richiesta di consulenza specialistica in busta chiusa al Centro di Consulenza Alcolologica.

**Raffaella Giannini**

Io sono sostanzialmente d'accordo tranne che per quanto riguarda la consulenza in busta chiusa perché gli esami sono proprietà del paziente e lui ne dispone come meglio crede; è facoltà sua, in caso di consulenza positiva, di non produrre il documento alla Commissione.

**Valentino Patussi**

E' vero, in effetti ognuno si assume la propria responsabilità. Nel nostro Centro di Alcologia al momento in cui io consegno la busta chiusa conservo una copia della certificazione in cartella, la leggo all'utente e gli spiego cosa è contenuto nella busta; l'utente la legge e controfirma.

**Raffaella Giannini**

Io inserirei nel Protocollo in modo esplicito che le risultanze della consulenza alcolologica devono essere condivise con il paziente e che questa condivisione deve essere supportata dalla firma del medesimo.

**Mariella Immacolato**

Io credo che non possiamo essere troppo intrusivi per quanto riguarda le modalità organizzative dei Centri di Alcologia; si possono verificare situazioni in cui l'alcolologo nel suo rapporto di cura non può partecipare al paziente le indicazioni che servono alla Commissione per valutare il suo caso.

**Valentino Patussi**

Continuando ad illustrare il percorso per casi problematici, l'utente prenota l'accesso al Centro secondo le modalità organizzative locali; lo specialista del Centro di Consulenza integra l'anamnesi, visita l'utente, prescrive eventuali

esami ematochimici ulteriori, il cui scopo è quello di valutare eventuali variazioni nel tempo ovvero approfondire la diagnosi qualora ad esempio sia opportuno acquisire anche i marker-epatitici. L'interessato dovrà eseguire gli accertamenti di laboratorio a 40 giorni rispetto al tempo zero; il tempo zero è il giorno in cui ha effettuato il primo prelievo, dal quale siano emerse eventuali alterazioni. Completato l'iter il Centro invia alla Commissione in busta chiusa la relazione in cui lo specialista esprime una propria diagnosi di stato di salute.

### **Mariella Immacolato**

Vorrei sapere qual è il senso di questo limite dei 40 giorni: 40 giorni è stato individuato come tempo congruo per valutare l'eventuale variazione dei markers ematochimici qualora ci sia stato una sospensione dell'introduzione di alcool da parte del soggetto ?

### **Valentino Patussi**

I 40 giorni costituiscono un tempo medio entro il quale posso valutare eventuali variazioni dei parametri ematochimici in diminuzione o in normalizzazione; poiché i tempi per l'accertamento in CML e per gli esami spesso sono abbastanza lunghi, il rischio è che il soggetto debba fare esami ripetuti. Possiamo eventualmente ampliare questo termine dei 40 giorni oppure addirittura eliminarlo o inserire un range temporale.

### **Stefano Lelli**

Un altro punto su cui riflettere è quello relativo alla diagnosi di stato di salute attuale, poiché non si fa cenno nel protocollo in maniera esplicita ai criteri diagnostici, mentre in ambito Medico Legale quando si deve prendere una decisione di valenza amministrativa è importante il ricorso a criteri diagnostici accreditati e uniformemente applicati a livello Regionale. La diagnosi di stato di salute attuale potrebbe essere effettuata sulla scorta del DSM4, pertanto dovremmo fare uno sforzo di specificazione delle categorie diagnostiche che dovessero essere indicate dal Centro di Consulenza Alcolologica.

### **Valentino Patussi**

In ambito internazionale vengono utilizzati il CAGE test e l'AUDIT, test riconosciuti e validati anche a livello nazionale per quanto riguarda la dipendenza e il comportamento da patologia alcool-correlata; questi sono test di base, se necessario si possono somministrare l'MMPI, la scala di Mc-Andrew sulla percezione o la probabilità di tossicofilia o di dipendenza, che tuttavia sono procedure complesse. Per esprimere una diagnosi di stato attuale io credo che di norma siano sufficienti gli esami biochimici affiancati dai test di base (CAGE ed AUDIT). Se invece vogliamo approfondire possiamo utilizzare anche gli altri strumenti, che ci consentono di arrivare a diagnosi differenziali, poiché potrebbe essere necessario stabilire se eventuali alterazioni bioumorali siano dovute realmente all'assunzione di alcool oppure a patologie quali ad esempio una epatite di n.d.d

### **Stefano Lelli**

Il problema che volevo puntualizzare è proprio il tipo di diagnosi che viene formulata. Ho citato il DSM4 perché è standardizzato, accreditato e chiaro, prevede 13 categorie diagnostiche delle quali l'ultima è rappresentata dal disturbo non altrimenti specificato che spesso i colleghi di Pisa hanno utilizzato per catalogare soggetti che non rientrano nella diagnosi né di abuso né di dipendenza ma sono bevitori problematici.

### **Mauro Zuccotti**

Il problema dei disturbi indotti potrebbe essere un momento critico perché sulla diagnosi d'abuso e di dipendenza non c'è nessun tipo di problema, si tratta di diagnosi ormai validata a livello internazionale, mentre nei disturbi indotti entrano in gioco tutta una serie di diagnosi differenziali con le malattie psichiatriche e questo aprirebbe un altro fronte perché una diagnosi di epatite alcolica è abbastanza facile mentre più difficile è accertare che un disturbo del sonno è indotto dall'alcool. Dobbiamo pertanto stabilire quali sono le categorie



che vogliamo prendere in considerazione perché se si esce fuori dal problema dell'abuso e della dipendenza credo che ci si complichino la vita. Questo a scapito della precisione diagnostica perché potrebbero sfuggire alla diagnosi quei soggetti che non rientrano nei criteri del DSM4 ma non possono essere considerati "normali"; questi soggetti sono abbastanza numerosi. Si pone il problema di classificare un paziente che ha avuto una pancreatite tre mesi prima oppure una perforazione gastrica o anche più banalmente un soggetto che abbia avuto tre revisioni a distanza di 13-14 mesi l'una dall'altra, soggetto che evidentemente ha un problema ma che non rientra in nessuna categoria DSM4 se non nel NAS.

### **Valentino Patussi**

Dobbiamo cercare di semplificare e non di complicare gli accertamenti; fatta eccezione per le situazioni complesse, nei casi senza particolari problematiche ho a disposizione gli esami ematochimici ed eventuali test di base; se l'alcolologo non è soddisfatto dello screening di base a quel punto può utilizzare esami o test più raffinati (es. MMPI) oppure può prescrivergli una RMN, tuttavia credo che un Protocollo non possa entrare così in dettaglio.

### **Raffaella Giannini**

Io penso che la Commissione Medica Locale è un team di professionisti che valuta i casi nel loro complesso e per sospendere una patente per violazione dell'art. 186 non ha bisogno per forza di esami alterati ma può far riferimento ad altri indicatori nonché all'anamnesi (es. recidive).

### **Valentino Patussi**

Per l'alcolologo una recidiva è un problema alcolcorrelato per il DSM4 no, di fatto questi sono gli standard scientifici a livello internazionale; a mio avviso se un soggetto reitera il comportamento due-tre volte si tratta di problema alcool-correlato.

### **Massimo Martelloni**

In effetti noi abbiamo gli strumenti medico-legali per sospendere la patente a queste persone, è inutile pertanto fare dei bizantinismi diagnostici: in caso di

reiterazione del comportamento la mancata conferma può essere motivata senza problemi.

### **Raffaella Giannini**

Visto che Valentino ha richiamato il concetto della qualità della consulenza alcolologica, propongo di formulare (innanzitutto per la nostra Azienda ma eventualmente anche per le altre) uno schema tipo di certificazione alcolologica per la Commissione Medica Locale, in modo da uniformare i nostri strumenti di valutazione.

### **Mauro Zuccotti**

Nella prima riunione per la stesura di queste linee guida, abbiamo pensato di realizzare uno strumento che fissava dei requisiti minimi lasciando poi a livello locale la libertà di aggiungere tutti i livelli di complessità successivi a giudizio della Commissione. Per stabilire il modello di consulenza forse bisognerebbe stabilire a priori qual è il livello di profondità diagnostica a cui bisogna arrivare, perché è chiaro che il modello di consulenza può essere molto ampio e approfondito oppure definiamo uno standard minimo, accontentandoci della diagnosi di abuso/dipendenza. Resta tuttavia irrisolto il problema di molte persone che rischiano di rimanere fuori dalla diagnosi; da una parte ci si mette al riparo dai ricorsi ma dall'altra ci si espone a tutta una serie di problemi forse più seri, quindi nel discutere la nuova scheda di consulenza forse dobbiamo prima stabilire in quali categorie e in quante categorie vuole che io classifichi i soggetti altrimenti rischiamo davvero di lasciar fuori i casi di recidiva. Non dobbiamo dimenticare che i soggetti con tre o quattro recidive, anche se con esami perfettamente normali, rientrano nei criteri dell'abuso.

### **Ornella Gangi**

In merito agli approfondimenti diagnostici che voi dovrete fare in caso di primo accesso, a mio avviso, proprio perché si tratta di una prima visita, gli esami dovrebbero essere il più approfonditi possibile, perché avete di fronte un soggetto che potrebbe essere un abituale consumatore di alcool oppure un alcolista o

comunque un soggetto che ha dei problemi correlati con l'alcol; con il Protocollo minimo che volete darvi non credo che sia possibile fare diagnosi complete. Quando io vedo in Commissione soggetti con un vostro giudizio di idoneità temporanea per un anno io presumo quello sia un soggetto con problemi alcol-correlati e mi comporto di conseguenza, quindi come primo approccio il vostro Protocollo dovrebbe essere molto più approfondito. Dal punto di vista Medico Legale, lo diceva il Dott. Baldini, non ha senso dare una idoneità limitata a 12 mesi se non è stato fatto tutto il possibile per stabilire se quel soggetto è un alcolista o comunque ha dei problemi alcolcorrelati.

### **Leonardo Marini**

Vorrei fare una differenziazione, per quanto riguarda le consulenze specialistiche in seconda istanza, tra quei pazienti che sono già in carico al servizio quelli che il servizio non conosce: per i pazienti che sono già in carico al servizio c'è già una diagnosi, una valutazione pertanto si potrebbe evitare la consulenza articolata redigendo una semplice relazione.

### **Massimo Martelloni**

Mi sembra utile la proposta di Raffaella relativa alla bozza di scheda alcologica, perché oltre al metodo è utile che venga fornito anche uno strumento di accertamento.

### **Stefano Lelli**

Il gruppo di lavoro oltre a indicare il metodo di accertamento ha cercato di dare alcune indicazioni in merito ai periodi di validità. A questo punto si incomincia a entrare nel complicato perché ci sono tutta una serie di categorie sostanzialmente funzionali, si tratta sempre di casi complessi ai quali è stata fatta la Consulenza al Centro Alcologico, che hanno ricevuto diagnosi di abuso o dipendenza (casi B1) ma ci sono anche coloro che non sono stati inquadrati in queste diagnosi (casi B2). Evidentemente nei casi B1 il giudizio della Commissione non potrà che essere di non idoneità per un periodo non inferiore a un anno; il caso B1 A è un'eccezione rispetto al caso B1, ossia si tratta di un soggetto seguito dal Servizio

Pubblico, con diagnosi di abuso/dipendenza da alcol ma in terapia avversivante con disulfiram: la Commissione in questo caso esprime un giudizio di idoneità con validità che di norma è fino a sei mesi per pazienti di categoria A e B, fino a tre mesi per quanto riguarda le pazienti di categoria professionale. Nei casi B2 (assenza di diagnosi di abuso/dipendenza da alcol) la Commissione esprime un giudizio di idoneità con validità di norma fino a sei mesi per le pazienti di categoria inferiore e fino a tre mesi per quelle di categoria superiore.

### **Raffaella Giannini**

Per integrazione e correttezza, visto che Simona Del Vecchio non è presente, riferisco quanto mi ha segnalato stamattina, ossia che a suo avviso il soggetto in terapia con antabuse è da considerarsi non idoneo per quanto riguarda le pazienti di categoria superiore. Credo che su questo tema anche Mariella voglia intervenire.

### **Mariella Immacolato**

Per quanto concerne i casi B1 A (in terapia con disulfiram) dobbiamo riflettere sul fatto che l'adesione alla terapia avversivante potrebbe rappresentare una scorciatoia per avere il permesso di guida quindi il soggetto va al Centro, si fa rilasciare la certificazione per avere la patente e poi non si fa più seguire. Occorre che il Centro Alcológico segua il soggetto con continuità, non è sufficiente la certificazione attestante la prescrizione di disulfiram. Da noi il soggetto è in carico al Centro Alcológico che ci deve produrre una relazione puntuale dopo sei mesi di terapia.

### **Valentino Patussi**

Di fatto non esiste la somministrazione di antabuse senza una presa in carico da parte di un Centro di alcologia, questo è un dato di fatto; l'antabuse deve essere somministrato da un familiare (questo indicano le linee guida nazionali dei Centri di alcologia); possiamo semmai fare alcune riflessioni sull'antabuse sottocute ma per quanto riguarda la somministrazione del farmaco per os è certo che la persona deve essere all'interno di un programma di trattamento, anche perché si tratta di

una sostanza tossica la cui somministrazione nei Centri più avanzati di alcologia non supera i sei mesi (per problemi di tossicità e cancerogenicità).

### **Ornella Gangi**

Noi non diamo l'idoneità ai soggetti in terapia con antabuse, tuttavia stamattina qualcuno di voi ha detto che la patente può essere concessa ai soggetti che assumono metadone; mi sembra che si venga a creare una notevole disparità di trattamento perché di fatto chi assume antabuse non è in uno stato di dipendenza da alcol anche se ha necessità di doversi curare; anche la differenziazione che veniva posta tra patenti di categoria A e B e categoria superiore non mi sembra condivisibile perché sia il titolare di patente B che il titolare di patente C possono scatenare l'inferno sulla strada per cui non vedo il motivo di questa differenziazione. Se ricorrono gli estremi dell'articolo 320F e lo accertiamo dal punto di vista Medico Legale, se diamo un giudizio di idoneità in difformità a questo articolo di legge lo violiamo con tutte le conseguenze del caso.

### **Raffaella Giannini**

Esiste una differenza di approccio fra il livello della Dottoressa Gangi e il livello della Commissione Medica Locale, in quanto di fatto al livello superiore vengono effettuati 500 accertamenti in tre-quattro anni, noi ne vediamo 4000 l'anno quindi non è possibile utilizzare la medesima criteriologia; la visione olistica a 360 gradi è il massimo livello di profondità possibile ma purtroppo non è conciliabile con i nostri servizi. Trovo peraltro poco opportuno che esista una migrazione di utenza che dalla USL 3 va presso le Commissioni di altre province per ottenere il certificato di idoneità alla guida, quindi ritengo utile cercare tra noi una mediazione.

### **Valentino Patussi**

Il metadone è un analgesico, quindi riduce i riflessi e comporta una serie di azioni farmacologiche; tenete anche in considerazione che chi assume metadone a volte ci beve sopra per aumentare gli effetti, quindi dovrete fare controlli alcologici anche a coloro che assumono metadone o altri farmaci, ma allora tutto si

complica. L'antabuse è cosa diversa dal metadone, è un avversivante, aumenta l'acetaldeide e determina degli effetti "allergici" alla bevanda alcolica. Io sono fermamente convinto che le morti da alcol in termini statistici per l'80-90% sono provocate da persone che fanno un uso sociale normale di alcol, l'alcolista inteso come l'ubriaccone o l'alcolizzato non fa nemmeno dieci metri in macchina, non trova la chiave, non sale in macchina. La maggior parte degli incidenti stradali mortali è provocata da soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate (cui accennava Lelli prima) mentre l'alcolizzato non va nemmeno in bicicletta. Il problema delle migrazioni mette in difficoltà anche il Centro di algologia, che si trova ad utilizzare uno strumento tecnico di intervento terapeutico smussato; la migrazione è particolarmente frequente con gli immigrati, che cambiano residenza.

### **Ornella Gangi**

E' evidente comunque che la diagnosi di abuso e dipendenza non soddisfa le varie fattispecie che possiamo trovarci ad affrontare; questa è una criticità di rilievo delle linee di indirizzo proposte.

### **Mauro Zuccotti**

La regione Emilia Romagna aveva prodotto un protocollo con numerose categorie diagnostiche, quando però la bozza fu portata in discussione al tavolo tecnico si obiettò che se incominciamo a creare delle categorie senza il supporto della letteratura ci esponiamo ai ricorsi; di fatto dobbiamo decidere a quale livello di approfondimento vogliamo arrivare quindi dobbiamo creare categorie diagnostiche che siano condivise quanto meno a livello regionale, come ha fatto l'Emilia Romagna.

### **Leonardo Marini**

Voglio fare qualche osservazione sulla terapia sostitutiva; l'OMS dice che la dipendenza da sostanze, la tossicodipendenza è una malattia ad alto rischio di recidiva; io lavoro anche al SERT e seguo pazienti tossicodipendenti, posso dirvi che a volte un paziente che sta bene da anni con terapia sostitutiva può guidare la

macchina benissimo ed è molto più sicuro di un paziente che non fa terapia e che è a rischio di recidiva. La nostra Commissione non dà la patente quando il soggetto assume metadone o subutex o altri farmaci tuttavia mi chiedo se è giusto intervenire in maniera così pesante in una situazione stabilizzata, ossia quando è possibile certificare il buon andamento di un paziente in terapia sostitutiva.

**Valentino Patussi**

Io sono d'accordo con Leonardo perché quando i servizi specialistici garantiscono il buono andamento clinico dei pazienti che sono in terapia cronica sostitutiva, non capisco perché non si debba concedere la patente. Comprendo l'atteggiamento fiscale sull'alcolologia e sulle dipendenze ma dovrete spiegarmi come fate ad essere sicuri che un diabetico non presenti una ipoglicemia e come mai la medesima attenzione non viene rivolta all'uso di benzodiazepine. Queste linee guida o indicazioni cliniche rappresentano un tentativo di omogeneizzare un percorso ma non sono "statiche" e potremo certamente incontrarci di nuovo e modificarle alla luce delle nostre esperienze.