

*Relazione del Prof. Angelo Fiori – Emerito di Medicina Legale all’ Università Cattolica di Roma Componente della Commissione Giuridica ACI*

Il tema dell’inidoneità alla guida per effetto di sostanze influenti sul sistema nervoso del conducente, in particolare l’alcool etilico da solo od associato a varie sostanze d’abuso o farmaci, è oggetto di studi, discussioni e proposte da quasi mezzo secolo, con un ritardo considerevole in Italia delle decisioni normative e regolamentari, rispetto a quasi tutti gli altri paesi europei.

L’ACI ha organizzato in proposito importanti convegni a Salsomaggiore a Fiuggi e ad Ancona per stimolare opportunamente il legislatore.

Ma i mutamenti sono stati lenti ed inadeguati e sono tuttora incompleti malgrado l’ultima versione del Codice della strada.

Altri paesi europei, come la Germania, dispongono di norme e regolamenti fin dagli anni trenta e non incontrano ostacoli come quello, fondamentale, costituito dalla Costituzione italiana che per alcuni principi che vi sono contenuti, ha rappresentato e rappresenta tuttora - a seguito della più recente giurisprudenza della Corte Costituzionale - una seria limitazione alla possibilità di effettuare coattivamente prelievi di sangue.

È il sangue che, oggettivamente, consente quegli esami di laboratorio di conferma che possono garantire l’esattezza delle risultanze dei test effettuati su strada.

È il sangue che trasporta, in tempo reale, l’alcool e le sostanze stupefacenti ai tessuti, mentre altri liquidi, come ad esempio l’urina, rappresentano la fase di eliminazione della sostanza e quindi non sempre possono costituire la prova di un effetto presente nel momento della guida: alcuni stupefacenti, infatti, sono eliminati lentamente nel corso di ore per cui la loro presenza nell’urina può essere espressione di una assunzione risalente a molte ore prima.

Allo stato attuale, le modalità di accertamento dell’alcoolemia sono esclusivamente affidate ad un doppio accertamento, su strada, della concentrazione alcolica nell’aria espirata e gli strumenti previsti dal regolamento sono limitati agli etilometri da banco o trasportabili, con esclusione di quelli tascabili, di uguale affidabilità e di basso costo, la cui adozione, che si auspica da tempo, assicurerebbe la disponibilità di un numero assai maggiore di strumenti a disposizione degli agenti.

Quanto alla inidoneità dovuta alle sostanze stupefacenti, manca addirittura ancora il relativo regolamento, il che si spiega indubbiamente con la complessità del problema connesso alla tecnica di screening su strada ed alle prove di conferma che incontrano il già menzionato ostacolo dell'attuale impossibilità di prelievo coattivo del sangue.

L'incidenza dell'uso di alcool nella produzione di incidenti stradali è ampiamente riportata nella vasta letteratura in materia che è valutabile tra il 24% e il 54% dei soggetti coinvolti in incidenti mortali. Altri studi riferiscono di percentuali tra il 25% e il 35% per gli incidenti con feriti e tra il 40% e il 55% per gli incidenti mortali.

Il rischio aumentato di causare un incidente stradale dipende dal fatto che il conducente in genere sottovaluta il pericolo a causa dell'eccitamento euforico; che si riduce la velocità di trasmissione degli stimoli e quindi i tempi di reazione sono più lunghi; che minore è la capacità di concentrazione e che, quindi, sopravviene sonnolenza; che si altera il senso della distanza e della velocità; che si altera l'efficienza visiva (in particolare della visione laterale); che il conducente in stato di ebbrezza tende a portarsi al centro della strada a causa della cosiddetta visione a tunnel; che egli ha maggiore sensibilità all'abbagliamento.

Questi effetti dipendono non solo dalla concentrazione di alcool nel sangue ma anche da una reattività individuale per cui può avvenire che in alcuni individui gli effetti siano raggiunti prima rispetto ad altri.

È comunque utile avvalersi di una "tabella media" che può fornire un'indicazione valida per tutti.

Se la bevanda alcolica viene assunta a digiuno, si raggiunge il livello massimo di alcoolemia dopo circa 1/2 ora; se viene invece assunta durante i pasti, l'alcoolemia raggiunge il massimo dopo circa 3/4 d'ora - 1 ora e si mantiene a livello inferiore di circa 1/3 rispetto all'assunzione a digiuno.

Se viene ingerito alcool quando la dose precedente non è ancora stata eliminata si determina un accumulo.

L'alcool etilico è assunto attraverso le bevande alcoliche in commercio le quali ne contengono percentuali variabili, che vengono in genere indicate sulle etichette: nelle birre tale valore è compreso tra il 4 e il 10%; nei vini, dal 10 al 18%; nei liquori si aggira tra il 35 e il 45%.

Dopo l'ingestione l'alcool, attraverso lo stomaco e l'intestino tenue, ma in parte anche il colon, è assorbito nella circolazione sanguigna e raggiunge i liquidi dei tessuti penetrando quindi nelle cellule.

Poiché l'alcool è solubile in acqua, la sua concentrazione nel sangue e nei tessuti dipende dal totale dell'acqua corporea.

Pertanto, il peso di un individuo è rilevante anche ai fini della misura dell'alcoolemia (la concentrazione dell'alcool nel sangue), perché l'acqua è un importante fattore del peso di un soggetto. Un individuo, il cui peso totale in acqua (che varia dal 55% al 68%) è maggiore, è capace di diluire e assorbire maggiore quantità di alcool rispetto ad un individuo che possiede meno quantità di acqua corporea.

Ingerendo una bevanda alcolica a stomaco pieno vi è un rallentamento nell'assorbimento dell'alcool nel sangue.

Possono influenzare l'assorbimento anche la quantità dell'alcool ingerito, malattie dello stomaco e farmaci che rallentano il passaggio nell'intestino tenue il quale una volta raggiunto consente invece un rapido assorbimento.

Nel determinare la curva di assorbimento ed eliminazione (curva di Widmark) interviene anche la modalità di assunzione della bevanda alcolica come avviene ad esempio quando l'ingestione dell'alcool si attua in più dosi, in tempi successivi, ad esempio dall'inizio alla fine di un pasto.

La curva di Widmark è comunemente utilizzata per ricostruire sulla base di una determinazione alcoolimetrica eseguita all'ora  $y$ , la presumibile concentrazione esistente nell'ora  $x$ , ad esempio al momento in cui il conducente è stato fermato.

Si ritiene in linea generale che il rapporto tra aria espirata e la concentrazione dell'alcool nel sangue sia pari a 1/2100 ma tale principio non è ritenuto scientificamente certo perché alcune ricerche scientifiche hanno indicato rapporti di diverso valore, da 1/1500 a 1/3000. Indubbiamente esiste una variabilità individuale che non può essere determinata con i mezzi attualmente a nostra disposizione.

Il fegato è l'organo principale nel quale viene metabolizzato l'alcool. Il processo metabolico è lineare in funzione del tempo e viene influenzato dall'entità della concentrazione alcolica nel sangue.

Il fegato è responsabile di circa l'85-90% dell'eliminazione metabolica convertendo l'alcool per il 70-80%, mediante l'enzima alcool-deidrogenasi, dapprima in acetaldeide

quindi in acetato, e per il 20-30% (fino al 40-50% nei forti bevitori) tramite il sistema ossidativo microsomiale, in piccola parte anche con l'intervento della catalisi.

Parte dell'eliminazione dell'alcool avviene attraverso l'escrezione urinaria, la respirazione, il latte materno (5% circa del totale eliminato), l'intestino (5-10%). Il notevole coinvolgimento del fegato spiega anche perché l'abuso protratto di alcool lo danneggia seriamente fino a causare la cirrosi epatica.

In linea di massima si calcola che la quota di eliminazione sia di circa 100 milligrammi per chilogrammo/per ora.

In un soggetto che pesa 70 chilogrammi ciò corrisponde a circa 8-10 cc. per ora.

Si ritiene comunemente che l'intervallo di tempo tra l'ultima assunzione e la massima concentrazione nel sangue sia compreso tra 30 e 90 minuti ma ciò varia da un individuo all'altro in dipendenza di diverse condizioni fisiologiche.

Il grado di concentrazione di alcool nel sangue (alcoolemia) determina proporzionali effetti sul sistema nervoso centrale, effetti inizialmente eccitatori quindi depressivi. Dall'analisi diretta od indiretta di tale concentrazione (alcoolemia) si hanno pertanto indicazioni sul grado di alterazione neuropsichica dell'assuntore.

La quantità di alcool presente nel sangue è direttamente proporzionale alla concentrazione alcoolica nell'encefalo e quindi agli effetti sul sistema nervoso centrale.

Un tasso alcoolemico di 0,5 g/litro comporta un fattore di rischio di incidente stradale ai limiti, inferiore a quello precedentemente adottato in vari paesi europei tra cui l'Italia (gr. 0,8/litro), poi abbassato a gr 0,5, per ragioni prudenziali.

Il fattore di rischio si moltiplica esponenzialmente per 3, 10, 40 per alcoolemie pari a 0,8, 1, 1,5 g/litro.

L'incremento del rischio in rapporto al tasso alcoolemico è esponenziale. Il rischio è modesto a cavallo di gr. 0.5/litro ma questa soglia ha un importante ruolo preventivo e di deterrenza.

La determinazione della concentrazione di alcool nel sangue effettuata su strada si avvale abitualmente, in tutti i paesi, dell'esame indiretto, eseguito sull'aria espirata che contiene l'alcool eliminato con la respirazione.

Sulla base del rapporto 1/2100 (che come abbiamo visto è orientativo, non tassativo), gli strumenti impiegati per l'analisi sono costruiti e tarati per compiere automaticamente

un calcolo traducendo il risultato della determinazione nell'aria espirata direttamente in grammi di alcool per litro di sangue che vengono letti in un display.

Gli strumenti attualmente in uso sono etilometri portatili o tascabili oppure etilometri da banco però in genere trasportabili, questi ultimi dotati di stampante incorporata (ma anche gli etilometri tascabili possono essere collegati ad una piccola stampante). Lo strumento è costruito in modo da obbligare il soggetto in esame a soffiare una quantità di aria predeterminata fino a dar luogo ad un segnale sonoro.

Nel Regolamento di esecuzione del Codice della strada italiano (art. 379), in applicazione dell'art. 186 recentemente modificato (cfr. infra) è previsto solo l'uso degli etilometri da banco ed è altresì prevista una doppia determinazione ad un intervallo di 5 minuti.

Secondo la norma attualmente vigente il conducente è ritenuto sotto l'influenza dell'alcool se la sua alcoolemia, così determinata, raggiunge e supera gr 0.5/litro. Se la concentrazione di alcool raggiunge o supera detto valore si adottano le misure previste dall'art. 186 C.d.s. art. 379 del Regolamento.

Le conseguenze legali della guida sotto l'influenza dell'alcool sono previste dall'art. 186 del Codice della strada che è opportuno richiamare integralmente nella forma attuale conseguente al D.L. 27.6.2003 n.151 convalidato con modifiche dalla L. 1.8.2003 n. 214.

L'art. 186 del Codice della strada **Guida sotto l'influenza dell'alcool** è il seguente:

1. È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche.

2. Chiunque guida in stata di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato, con l'arresto fino ad un mese e con l'ammenda da euro duecentocinquattro a euro milletrentadue. Per l'irrogazione della pena è competente il tribunale. All'accertamento del reato consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente da quindici giorni a tre mesi, ovvero da un mese a sei mesi quando lo stesso soggetto compie più violazioni nel corso di un anno, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI. Quando la violazione è commessa dal conducente di un autobus o di un veicolo di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 t, ovvero di complessi di veicoli, con la sentenza di condanna è disposta la revoca della patente di guida ai sensi del capo II, sezione II del titolo VI; in tale caso, ai fini del ritiro della

patente, si applicano le disposizioni dell'articolo 223. Il veicolo, qualora non possa essere guidato da altra persona idonea, può essere fatto trainare fino al luogo indicato dall'interessato o fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o gestore di essa con le normali garanzie per la custodia.

3. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 4, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'Interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

4. Quando gli accertamenti qualitativi di cui al comma 3 hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente, ovvero, quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, anche accompagnandolo presso il più vicino ufficio o comando, hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento.

5. Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcoolemico viene effettuato, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, da parte delle strutture sanitarie di base o di quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di Legge. I fondi necessari per l'espletamento degli accertamenti di cui al presente comma sono reperiti nell'ambito dei fondi destinati al Piano nazionale della sicurezza stradale di cui all'articolo 32 della Legge 17 maggio 1999, n. 144.

6. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), l'interessato è considerato in stato di ebbrezza ai fini dell'applicazione delle sanzioni di cui al comma 2.

7. In caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5 il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con le sanzioni di cui al comma 2.

8. Con l'ordinanza con la quale viene disposta la sospensione della patente ai sensi del comma 2, il Prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi

dell'articolo 119, comma 4, che deve avvenire nel termine di sessanta giorni. Qualora il conducente non vi si sottoponga entro il termine fissato, il Prefetto può disporre, in via cautelare, la sospensione della patente di guida fino all'esito della visita medica.

9. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l), ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui al comma 2, il Prefetto, in via cautelare, dispone la sospensione della patente fino all'esito della visita medica di cui al comma 8.

La violazione dell'art. 186 C.d.s. in base ai commi 2 e 7 comporta la perdita di 10 punti della patente di guida.

Riteniamo utile riportare anche l'art. 379 del Regolamento. Guida sotto l'influenza dell'alcool (Art. 186 C.d.s.).

1. L'accertamento dello stato di ebbrezza ai sensi dell'articolo 186, comma 4, del Codice, si effettua mediante l'analisi dell'aria alveolare espirata: qualora, in base al valore della concentrazione di alcool nell'aria alveolare espirata, la concentrazione alcoolemica corrisponda o superi 0,5 grammi per litro (g/l) (nb: in precedenza g 0,8/l), il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza.

2. La concentrazione di cui al comma 1 dovrà risultare da almeno due determinazioni concordanti effettuate ad un intervallo di tempo di 5 minuti.

3. Nel procedere ai predetti accertamenti, ovvero, qualora si provveda a documentare il rifiuto opposto dall'interessato, resta fermo in ogni caso il compito dei verbalizzanti di indicare nella notizia di reato, ai sensi dell'articolo 347 del Codice di procedura penale, le circostanze sintomatiche dell'esistenza dello stato di ebbrezza, desumibili in particolare dallo stato del soggetto e dalla condotta di guida.

4. L'apparecchio mediante il quale viene effettuata la misura della concentrazione alcoolica nell'aria espirata è denominato etilometro. Esso, oltre a visualizzare i risultati delle misurazioni e dei controlli propri dell'apparecchio stesso, deve anche, mediante apposita stampante, fornire la corrispondente prova documentale.

5. Gli etilometri devono rispondere ai requisiti stabiliti con disciplinare tecnico approvato con decreto del Ministro dei Trasporti e della Navigazione di concerto con il Ministro della Sanità. I requisiti possono essere aggiornati con provvedimento degli stessi Ministri, quando particolari circostanze o modificazioni di carattere tecnico lo esigano.

6. La Direzione generale della M.C.T.C. provvede all'omologazione del tipo degli etilometri che, sulla base delle verifiche e prove effettuate dal Centro Superiore Ricerche e Prove Autoveicoli e Dispositivi (CSRPAD), rispondono ai requisiti prescritti.

7. Prima della loro immissione nell'uso gli etilometri devono essere sottoposti a verifiche e prove presso il CSRPAD (visita preventiva).

8. Gli etilometri in uso devono essere sottoposti a verifiche di prova dal CSRPAD secondo i tempi e le modalità stabilite dal Ministero dei Trasporti e della Navigazione, di concerto con il Ministero della Sanità. In caso di esito negativo delle verifiche e prove, l'etilometro è ritirato dall'uso.

9. Il Ministero dei Trasporti e della Navigazione determina, aggiornandolo, l'ammontare dei diritti dovuti dai richiedenti per le operazioni previste nei commi 6, 7 e 8.

È opportuno rilevare che il Regolamento precisa che la violazione della norma si realizza non solo quando il tasso alcoolemico sia superiore a gr 0,5/litro ma anche quando corrisponde a detto valore.

Il numero 9 dell'articolo 186 dispone un provvedimento più grave - in analogia come le norme di altri paesi - cioè la sospensione della patente fino all'esito di visita medica nel caso di tasso alcoolemico superiore a gr 1,5/litro.

Indubbiamente la varietà di risposta individuale che abbiamo in precedenza ricordato può produrre, a parità di ingestione di alcool, valori alcoolemici diversi, sia pure di poco ed, inoltre, gli etilometri, se non sono periodicamente tarati, possono compiere degli errori di lettura, particolarmente rilevanti se avvengono per concentrazioni di alcool vicine ai valori di soglia (cioè in vicinanza a gr 0,5/litro).

Per ottenere dunque la controprova della realtà dell'infrazione sarebbe molto utile poter procedere subito dopo l'analisi dell'aria espirata ad un prelievo di sangue per poter eseguire in laboratorio una analisi direttamente sul sangue.

Il metodo più utilizzato attualmente è la gascromatografia che si presta agevolmente anche ad analisi plurime automatiche su molti campioni.

Questo controllo diretto sul sangue offre maggiore garanzia anche se differenze possono facilmente verificarsi se il prelievo del sangue viene effettuato dopo molti minuti dall'esame sull'aria espirata.

Infatti, nell'intervallo continua l'eliminazione dell'alcool e quindi la sua concentrazione può abbassarsi ma si può calcolare approssimativamente quella pregressa mediante la formula di Widmark.

In Italia la giurisprudenza della Corte Costituzionale ritiene non sia consentito il prelievo coattivo di sangue. Infatti la sentenza n. 238 del 1996 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 224, comma 2, del Codice di procedura penale nella parte in cui consente che il giudice, nell'ambito delle operazioni peritali, disponga misure che comunque incidano sulla libertà personale dell'indagato o dell'imputato o di terzi, al di fuori di quelle specificamente previste nei "casi" e nei "modi" dalla Legge. Il prelievo ematico, afferma la Corte, comporta certamente una restrizione della libertà personale quando se ne renda necessaria la esecuzione coattiva perché la persona sottoposta all'esame peritale non acconsente spontaneamente al prelievo.

Tale restrizione non solo interessa la sfera della libertà personale, ma la travalica perché, seppur in minima misura, invade la sfera corporale della persona pur senza di norma comprometterne, di per sé, l'integrità fisica o la salute (anche psichica), né la sua dignità, in quanto pratica medica di ordinaria amministrazione.

Aggiunge ancora la Corte non essere senza rilievo che, in un diverso contesto, quello del nuovo Codice della strada (artt. 186 e 187), "il legislatore - operando specificamente il bilanciamento tra l'esigenza probatoria di accertamento del reato e la garanzia costituzionale della libertà personale - abbia dettato una disciplina specifica (e settoriale) dell'accertamento (sulla persona del conducente in apparente stato di ebbrezza alcoolica o di assunzione di sostanze stupefacenti) della concentrazione di alcool nell'aria alveolare espirata e del prelievo di campioni di liquidi biologici, (prevedendo bensì in entrambi i casi la possibilità del rifiuto dell'accertamento, ma con la comminatoria di una sanzione penale per tale indisponibilità del conducente ad offrirsi e cooperare all'acquisizione probatoria)".

Allo stato attuale delle norme vigenti e della giurisprudenza di legittimità è dunque possibile l'esame del sangue solo a seguito della richiesta volontaria da parte del conducente anche se tale procedura non è formalmente prevista e regolamentata, problema che sussiste, e con effetti negativi più seri, anche per l'analisi delle droghe d'abuso, per le quali l'esame del sangue ha una importanza anche maggiore.

Di ben maggiore complessità e difficoltà è l'applicazione dell'art. 187 del Codice della strada (Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti); che vieta la guida in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

È opportuno richiamare il testo integrale dell'articolo.

1. È vietato guidare in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

2. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 3, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'Interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

3. Quando gli accertamenti di cui al comma 2 forniscono esito positivo ovvero quando si ha altrimenti ragionevole motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi sotto l'effetto conseguente all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli agenti di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, fatti salvi gli ulteriori obblighi previsti dalla Legge, accompagnano il conducente presso strutture sanitarie fisse o mobili afferenti ai suddetti organi di Polizia stradale ovvero presso le strutture sanitarie pubbliche o presso quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate, per il prelievo di campioni di liquidi biologici ai fini dell'effettuazione degli esami necessari ad accertare la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope e per la relativa visita medica. Le medesime disposizioni si applicano in caso di incidenti, compatibilmente con le attività di rilevamento e soccorso.

4. Le strutture sanitarie di cui al comma 3, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, effettuano altresì gli accertamenti sui conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, ai fini indicati dal comma 3; essi possono contestualmente riguardare anche il tasso alcoolemico previsto nell'articolo 186.

5. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di Legge. I fondi necessari per

l'espletamento degli accertamenti conseguenti ad incidenti stradali sono reperiti nell'ambito dei fondi destinati al Piano nazionale della sicurezza stradale di cui all'articolo 32 della Legge 17 maggio 1999, n. 144. Copia del referto sanitario positivo deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di Polizia che ha proceduto agli accertamenti, al Prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza.

6. Il Prefetto, sulla base della certificazione rilasciata dai centri di cui al comma 3, ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119 e dispone la sospensione, in via cautelare, della patente fino all'esito dell'esame di revisione che deve avvenire nel termine e con le modalità indicate dal regolamento.

7. Chiunque guida in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ove il fatto non costituisca più grave reato, è punito con le sanzioni dell'articolo 186, comma 2. Si applicano le disposizioni del comma 2, ultimo periodo, dell'articolo 186.

8. In caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 2, 3 o 4, il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con le sanzioni di cui all'articolo 186, comma 2.

La violazione dell'art. 187 commi 7 e 8 comporta la perdita di 10 punti della patente di guida.

Si tratta di una norma di notevole importanza a causa dei noti, quanto variabili effetti prodotti da numerose sostanze che in molti casi, inoltre, sono assunte contemporaneamente all'alcool producendosi in tal modo un sinergismo di potenziamento tossico che aumenta l'inefficienza alla guida.

Le difficoltà che emergono nell'applicazione della norma sono sia interpretative che pratiche, anche perché il regolamento previsto non è stato ancora emanato dai competenti ministeri.

Sul piano interpretativo, anzitutto, occorre rilevare che il divieto riguarda esclusivamente le sostanze stupefacenti e psicotrope che sono specificamente elencate e classificate nel "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze" (D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309) e non altri farmaci che pure possono influenzare, per i loro effetti collaterali, l'inefficienza alla guida.

Le Tabelle allegate al Testo Unico, aggiornate successivamente, sono 4 e contengono un lungo elenco di sostanze incluse nella norma. È probabile che prossimamente sia abolita la differenza tra droghe leggere (ad esempio i derivati della cannabis) e droghe pesanti (ad esempio l'eroina).

Nella realtà la varietà degli stupefacenti il cui uso è largamente diffuso, è invero ridotta e riguarda principalmente la cannabis, la cocaina, gli oppiacei, le amfetamine, l'ecstasy, più raramente l'LSD.

Pertanto il problema della diagnosi clinica e chimico-tossicologica, che è di assai difficile soluzione nell'accertamento della presenza - e del suo effetto - sul conducente, è per ristretto essenzialmente alle predette sostanze.

Il numero e la varietà dei farmaci che possono influire negativamente sulla guida è comunque più ampio ed include numerosi farmaci assunti non già con finalità di abuso bensì per comuni esigenze terapeutiche.

Il problema generale che ne deriva - cioè la pericolosità alla guida - è dunque difficilmente gestibile specie sotto il profilo repressivo.

Allo stato attuale è possibile un'opera di informazione a scopo preventivo segnalando ai conducenti assuntori non voluttuari gli effetti negativi dei farmaci non inclusi nel Testo Unico degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, mentre per quanto riguarda queste ultime ci si deve per ora accontentare di elaborare un regolamento che consenta almeno la repressione della guida sotto l'influenza delle più comuni sostanze d'abuso.

Durante gli ultimi trenta anni gli psicofarmaci hanno assunto una crescente importanza nella vita quotidiana di milioni di individui.

Grandi quantità di neurolettici, di ansiolitici, di antidepressivi sono quotidianamente consumate da moltissimi pazienti che abitualmente fanno uso di veicoli a motore.

La correlazione tra uso di psicofarmaci, guida ed incidenti stradali è un problema di grande importanza clinica e di estrema rilevanza sociale per l'effetto negativo sulle capacità di guida soprattutto a causa degli effetti farmacologici producenti disordini motori, alterando la precisione della guida ed i tempi di reazione, influenzando l'attenzione e la concentrazione.

Tra gli altri devono essere menzionati anche gli antistaminici che, largamente usati per la cura di manifestazioni allergiche ed influenzali, possono provocare effetti avversi sulle performance di guida con peggioramento delle capacità psicomotorie e sonnolenza

con una relazione dose dipendente anche se oggi sono disponibili antistaminici "non sedativi" che a differenza di quelli "sedativi" hanno minori effetti sulle abilità di guida.

Per questa grande varietà di farmaci, dunque, non sono previste sanzioni quando fossero riscontrati presenti in un conducente ma sono invece indispensabili informazioni diffuse capillarmente.

Sugli effetti delle sostanze di più comune uso è possibile fornire sintetiche informazioni.

La cannabis comprende tre diversi prodotti, marijuana, hashish e olio di hashish contraddistinti da un diverso contenuto in THC, o tetraidrocannabinolo, che è il principale componente psicoattivo della canapa ed è la sostanza psicotropa più frequentemente rilevata nel sangue dei soggetti incorsi in incidenti stradali mortali.

Nelle diverse casistiche pubblicate relative alla presenza di THC nei conducenti, le percentuali sono risultate comprese tra il 10 e il 60 %.

La variabilità degli effetti della cannabis è in relazione alla dose assunta ed alle condizioni del soggetto al momento del consumo.

L'assunzione di 20 mg di THC può o meno produrre un'azione psicotossica di tipo allucinatorio in relazione allo stato di conservazione della molecola di THC (la molecola è foto e termo-sensibile), alla capacità induttiva degli enzimi microsomiali del soggetto ed allo stato psichico dell'assuntore.

Gli effetti prodotti sono: blandamente psichedelici; colori e suoni percepiti troppo intensi; possibili flashback; deficit attenzione e concentrazione (ancor più quando il THC è associato all'alcool); difficoltà di messa a fuoco visivo, soprattutto di notte; distanza e velocità deformate; coordinamento difficoltoso, riflessi rallentati; distorsioni percettive (ostacoli, curve, nastro stradale); accentuazione della ridotta vigilanza specie in associazione con alcool; incremento della frequenza cardiaca ancor più se si assume birra.

Anche il consumatore moderato o occasionale è esposto a rischi. Infatti anche livelli contenuti di THC, che esprimono in media una bassa tossicità, possono rappresentare un problema in quanto in grado di indurre alterazioni delle funzioni cognitive-percettive-comportamentali con potenzialità di rischio più elevate in funzioni complesse come la guida.

A parità di dose, in un consumatore occasionale la concentrazione plasmatica del THC, e suoi metaboliti, è circa doppia rispetto all'assuntore cronico; di conseguenza, eventuali effetti psicomimetici e relativi rischi durano molto più a lungo, quasi il doppio del tempo. Questa differenza si rileva a prescindere dalla via di assunzione del THC, per fumo o per ingestione, nonostante l'assorbimento di THC per via intestinale sia meno efficace che per via inalatoria.

L'aumento della frequenza cardiaca rappresenta un rischio aggiuntivo, alla guida, per soggetti che fanno uso congiunto di altre sostanze (es. cocaina) con lo stesso effetto e per soggetti nei quali, per predisposizione o per età, l'incidente cardiovascolare ha elevata probabilità di verificarsi.

La cocaina è, assieme alla cannabis, l'alcool, gli oppiacei, le amfetamine e l'ecstasy, la sostanza più diffusa negli ambienti ricreazionali dove viene prevalentemente sniffata, cioè assunta per inalazione.

Nelle prime fasi del consumo si sperimentano prevalentemente gli effetti gratificanti (sensazione di energia, ridotta percezione di fame, sete, sonno, maggiore stimolo sessuale). Successivamente subentrano disturbi del sonno, inappetenza, aggressività, tremori, ipertensione, tachicardia, problemi cardiaci.

I casi di morte sono spesso correlati ad alterazioni cardiache.

La cocaina, come la gran parte degli stimolanti, ha un'azione up-down.

Quando l'azione up svanisce (sempre più velocemente con il protrarsi del consumo) improvvisamente subentra l'effetto down con stanchezza, mancanza di ogni energia ed ogni interesse, depressione.

Il consumatore cronico è spesso ansioso, irritabile, sospettoso, può presentare vere e proprie manifestazioni psicotiche.

L'abuso protratto porta ad una vera dipendenza con correlativa sintomatologia astinenziale caratterizzata da profonda depressione (sino al suicidio), sonnolenza, inquietudine, dolori muscolari ed ossei, tremori.

Per le sue ripercussioni dirette e indirette la cocaina non è compatibile con la sicurezza di guida, ma ancor più rischioso risulta il suo consumo in associazione con altre sostanze.

L'alcool è la sostanza d'abuso più diffusa tra i consumatori di cocaina.

Tale associazione incrementa di più di 11.5 volte il rischio di stroke improvviso.

L'associazione di cocaina e anabolizzanti (in particolare il nandrolone, recentemente portato alla ribalta dai mass-media per frequenti episodi di doping) richiede una specifica considerazione dal momento che l'uso di entrambe le sostanze risulta in forte espansione, soprattutto tra giovanissimi e giovani adulti, giovani cioè entro i 30 anni di età.

Entrambe le sostanze, singolarmente o in combinazione, provocano notevole aumento di aggressività che può spiegare la crescente aggressività alla guida rilevata nei conducenti più giovani.

L'ecstasy, o MDMA, o 3,4 - metilendioxi metamfetamina, è un analogo dell'amfetamina molto diffuso tra giovani per l'azione stimolante ed anche allucinogena che lo caratterizza.

Le amfetamine, e i loro derivati, sono prodotti sinteticamente in laboratorio e sono potenti stimolanti.

Essi agiscono come l'adrenalina (alla cui formula di struttura somigliano), di conseguenza aumentano la pressione del sangue, il ritmo cardiaco e la temperatura corporea.

Come altri stimolanti (ad esempio la cocaina) posseggono un'azione bifasica. Inizialmente l'assuntore di ecstasy sperimenta effetti gratificanti come la loquacità, la maggiore facilità a socializzare, la velocità nelle azioni, la mancanza di stanchezza, sonno e fame, prova emozioni più intense.

Oltre all'aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca si ha innalzamento della temperatura corporea, inaridimento delle mucose, digrignamento dei denti, dilatazione pupillare.

La fine dell'effetto, che può durare sino a sei ore, giunge bruscamente e l'individuo è depresso, irritabile, stanco e stordito.

L'assunzione può provocare, specie se protratta, crisi d'ansia, tremori, sintomi paranoidei, difficoltà a star fermi, disturbi del sonno, della socialità, dell'appetito, disturbi sessuali.

I danni al sistema epatico, renale, cardiaco, nervoso sono il possibile frutto del consumo.

Gli effetti collaterali e negativi che accompagnano l'assunzione di ecstasy sono aggravati dall'alcool anche quando questo precede il consumo della sostanza.

L'alcool anticipa e sostiene gli effetti dell'ecstasy, aumenta la difficoltà a disperdere calore portando ad un ulteriore innalzamento della temperatura corporea con conseguente maggiore rischio di ipertermia maligna.

L'etanolo, rafforza la secchezza delle mucose, rende più profonda la fase down compromettendo ulteriormente la già carente vigilanza, altera il senso delle distanze e del pericolo, facilita i colpi di sonno.

La letteratura contiene poche informazioni casistiche ma l'azione farmacologica dell'ecstasy, specie se associata all'alcool o ad altre sostanze psicotrope consente di ritenere che esista un rischio concreto di incidenti stradali prodotti da tale droga.

La breve emivita della molecola nel sangue e le difficoltà analitiche di screening spiegano la scarsità di informazioni relative al consumo dei conducenti.

È limitato il numero degli studi concernenti il ruolo degli oppiacei (oppio, eroina, morfina) nella produzione di incidenti stradali.

Comunque sulla base delle conclusioni di molti studiosi si ritiene che queste sostanze determinino alterazioni della capacità di guida soprattutto per modificazioni dell'umore accompagnate da sonnolenza e rallentamento ideo-motorio.

È da ritenere pericolosa, di converso, anche la sindrome da astinenza per i noti effetti neuropsichici che produce.

Anche per gli oppiacei l'assunzione contemporanea di alcool ha indubbi effetti negativi sulla capacità di guida.

L'accertamento dello "stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti" non dispone, allo stato attuale, di una norma regolamentare quale l'art. 379 relativo all'alcool.

I tentativi di elaborare una metodologia adeguata non si sono finora tradotti nell'approvazione di un regolamento e nell'organizzazione degli accertamenti.

Le difficoltà tecniche ed anche gli ostacoli provenienti dall'ordinamento e dalla giurisprudenza sono invero notevoli.

Mentre l'alcool è una singola sostanza e può essere agevolmente accertato e quantificato nell'aria espirata ed in altri liquidi biologici, le sostanze stupefacenti sono in numero elevato, assai diverse tra loro e sono accertabili principalmente nel sangue, nella saliva e nell'urina.

Poiché l'art. 187 C.d.s. stabilisce che si deve accertare una "alterazione psico-fisica" prodotta da sostanze stupefacenti è evidente, anzitutto, che la sola presenza nell'organismo della sostanza può non significare una alterazione in atto.

Poiché in genere queste sostanze sono escrete nell'urina prevalentemente in forma di metaboliti, e poiché questa eliminazione può concernere sostanze assunte molte ore prima, e il loro effetto psico-fisico essere già scomparso, appare discutibile il valore medico-legale dell'analisi sulle urine, su strada e in laboratorio.

A maggiore ragione l'eventuale accertamento nei capelli, dove molte sostanze d'abuso si depositano nell'arco di settimane e mesi, non ha rilevanza pratica ai fini del Codice della strada.

La presenza della sostanza nel sangue ha invece un più importante significato perché testimonia dell'attualità della presenza in circolo, del farmaco e del suo effetto farmacologico.

L'analisi del sangue ha tuttavia, allo stato attuale, limiti quasi insuperabili.

Anzitutto non è pensabile un accertamento su strada per ovvie ragioni tecniche.

Ma anche se il conducente viene condotto in un presidio sanitario, il prelievo di sangue non può, per ora, essere coattivo per i motivi in precedenza illustrati a proposito dell'alcool.

Solo un prelievo su richiesta del conducente può in linea teorica essere effettuato.

Se questi ostacoli di ordine costituzionale fossero superati indubbiamente il laboratorio chimico-tossicologico moderno dispone di mezzi analitici, qualitativi e quantitativi, di grande sensibilità ed efficacia in particolare la gas-cromatografia spettrometria di massa, preceduta da efficaci e sensibili test di screening.

Sulla strada, allo stato attuale, si prospetta come unico liquido organico utilizzabile senza ostacoli la saliva la quale non comporta, analogamente all'aria espirata per l'alcool, problemi di liceità del prelievo.

Esistono in commercio reagenti rapidi che possono essere impiegati anche dagli agenti di polizia, autorizzati nel contempo ad avvalersi degli etilometri.

L'eventuale positività del reattivo per uno o più stupefacenti può rendere possibile trasferire il conducente ad un presidio sanitario ed in tale sede raccogliere della saliva, oppure sangue se lo stesso conducente lo richiede volontariamente, inviando quindi i campioni in un laboratorio adeguatamente attrezzato.

Ma queste, per ora, sono solo prospettive, in attesa che venga elaborato il regolamento applicativo dell'art. 187 C.d.s.

Nell'attualità è certo possibile che l'agente, che abbia il "ragionevole motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi sotto l'effetto conseguente all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope" porti il conducente presso strutture sanitarie fisse o mobili afferenti agli organi di Polizia stradale ovvero presso le strutture sanitarie pubbliche o presso quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate per una **visita medica** ed eventualmente per il prelievo di saliva.

In tal modo, perlomeno, la persona sospetta interrompe il viaggio e per qualche ora la sua rischiosità diventa non operativa.

## Conclusioni

La ridotta idoneità alla guida per azione di sostanze farmacologicamente attive è un problema molto complesso a causa dell'ampio spettro di sostanze assunte quotidianamente da soggetti che si pongono alla guida di veicoli a motore.

Può trattarsi da un lato di farmaci necessari per motivi terapeutici, ovvero di alcool venduto ed assunto liberamente, ovvero di sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse nelle tabelle del Testo unico D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 sugli stupefacenti e le sostanze psicotrope, la cui assunzione poco prima e durante la guida è proibito quando l'assunzione provochi alterazioni psicofisiche.

Poiché molte di queste condizioni possono causare incidenti stradali in persone sane e, per di più possono produrli in concorso con svariate patologie idonee per proprio conto ad influenzare negativamente la guida, è indispensabile anzitutto un'opera di informazione che deve iniziare a livello delle classi scolastiche antecedenti l'età nella quale è consentita la guida.

L'autodisciplina, di fronte al rischio concreto di danni anche mortali, è senza dubbio la misura preventiva primaria di maggiore efficacia. Si deve, infatti, essere consapevoli che la repressione incontra ostacoli di vario tipo, giuridici e tecnici, specie relativamente all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, più agevole essendo invece il controllo della guida sotto influenza dell'alcool.

Il Codice della strada recentemente aggiornato stabilisce, agli artt. 186 e 187 dei precisi divieti ma solo per l'alcool dispone di un regolamento che all'art. 379 stabilisce le modalità di accertamento su strada.

Tuttavia anche per l'alcool, che meglio si presta agli accertamenti, la normativa vigente richiede miglioramenti.

Il primo di essi riguarda il definitivo chiarimento circa possibilità di accertamento casuale e non limitato ad un avvenuto incidente ovvero a condotte di guida sospette, come era stabilito nella precedente versione dei due articoli.

I commi 3 dei modificati articoli 186 e 187 hanno formulazione generica e pertanto è da ritenere sia possibile l'accertamento casuale.

Questo è agevolmente realizzabile per l'alcool ma affinché il numero degli accertamenti sia pari a quello di altri paesi europei, è necessario che anche il disciplinare tecnico in applicazione del Regolamento venga aggiornato consentendo la dotazione e l'impiego dei meno costosi e più maneggevoli etilometri portatili.

L'accertamento chimico-tossicologico su strada della presenza nel conducente delle sostanze stupefacenti e psicotrope previste dal Testo Unico 309/1990 - in seguito aggiornato - allo stato attuale è possibile eseguirlo con reagenti rapidi aventi valore ancora sperimentale, da applicarsi all'esame della saliva ovvero, ma con minore valore, sull'urina.

I laboratori chimico-tossicologici dispongono attualmente di strumenti particolarmente idonei, in mano esperte, all'analisi qualitativa e quantitativa di conferma sul sangue (possibile solo su richiesta del conducente) ovvero sulla saliva e sull'urina.

Comunque anche il quadro clinico di evidente "alterazione psico-fisica" constatato dall'agente di Polizia può consentire il trasferimento del conducente in idonea struttura sanitaria per specifici accertamenti, in tal modo ottenendo comunque l'interruzione, sia pure temporanea, dello stato di pericolosità indotto dalla guida sotto l'azione del farmaco.

Il cammino che abbiamo davanti per cercare di ridurre la quota di incidenti stradali causati da ridotta capacità di guida per l'assunzione di alcool e/o sostanze stupefacenti è ancora impervio e, malgrado le riforme parziali delle norme, ma in carenza di un regolamento appieno soddisfacente per l'alcool, e nella totale mancanza di un

regolamento per gli stupefacenti, richiede un impegno di aggiornamento comparatistico e di proposte aggiornate che possano tradursi in nuove norme ed in una adeguata organizzazione.

È un obiettivo connotato dalla massima urgenza perché non si può assistere impotenti ad un fenomeno che lungi dall'attenuarsi, è in crescita specie in alcuni giorni di tutte le settimane e che da solo causa circa un terzo degli incidenti stradali con rilevante numero di feriti e di morti.

In altri paesi dell'Unione europea l'applicazione di regole più severe, che si avvalgono di una efficace organizzazione, ha prodotto una riduzione degli incidenti correlati all'alcool ed agli stupefacenti.

L'Italia, che accoglie ogni anno anche milioni di automobilistici provenienti dagli altri paesi d'Europa, ha l'assoluto dovere di portare a termine il progetto di repressione di questa categoria di incidenti, rimasto a metà del cammino.