

Guida di veicoli e terapia con farmaci psicotropi (Art. 187 del Codice della Strada)

Luca Miceli¹, Rym Bednarova², Alessandro Rizzardo¹, Giorgio Della Rocca¹

¹ Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi di Udine

² Dipartimento di Medicina del Dolore e Cure Palliative, ASS 5 "Bassa Friulana", Palmanova, Udine

ABSTRACT

On March 15th 2010 is promulgated the law 30/2010 that stimulates the use of the opioids for pain therapy. After a few months the Italian Road Code is modified in the article 187, eliminating the necessity of a psychophysical evaluation from a physician to the drivers sanctioning in case of biological positiveness to the psychotropic substances.

The burden of such evaluation reverts so on the police that can be not able to perform such procedures.

The patients in therapy with opioids are therefore potentially discriminated despite that their driving performances are often best of who guide with pain without therapy or whose assumes benzodiazepines, psychotropic drugs enrolled in the same ministerial list together with opioids and illicit drugs.

The authors then describe the results of an APP from them invented in degree to perform such evaluations in an objective way, repeatable and "on the road", with the purpose of prevention of the road car crash and as a tool for the police during their controls.

Keywords: Driving; Psychotropic drugs; App Safedrive

Driving under influence of psychotropic drugs (Article 187 Italian Road Code)

Pratica Medica & Aspetti Legali 2014; 8(4): 121-124

<http://dx.doi.org/10.7175/PMeAL.v8i4.960>

Corresponding author

Luca Miceli
miceli.luca@aoud.sanita.fvg.it

Disclosure

L'autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo

Il 15 marzo 2010 veniva promulgata la legge 38/2010 inerente «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» [1]. Pietra miliare e slancio pionieristico, in Italia come in Europa, di un interessamento governativo a un problema sociale oltre che clinico, già nell'articolo 1 tale legge tutela il cittadino nell'accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Tale proposito viene perseguito, secondo il Legislatore, attraverso la creazione di opportune reti per la terapia del dolore e le cure palliative e attraverso la promozione dell'utilizzo dei farmaci oppiacei per la terapia del dolore. Tali farmaci tuttavia, in un panorama dominato dall'utilizzo dei FANS (farmaci antiinfiammatori non steroidei) per tale indi-

cazione, hanno scontato e scontano tuttora una serie di pregiudizi sociali che riportano l'immaginario collettivo verso le tossicodipendenze, quando non verso la terminalità oncologica.

Nello stesso anno in cui veniva promulgata tale legge, veniva anche aggiornato il codice della strada, nello specifico nell'articolo 187, che sanziona la guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o psicotrope [2]. Ricordiamo che, affinché venga sanzionato l'art. 187, devono essere contemporaneamente presenti le due condizioni: positività ai test specifici e alterazione dello stato psicofisico. Dal 2010 l'onere di tale valutazione (che prima era demandata al medico del Pronto Soccorso quando le Forze dell'Ordine accompagnavano il conducen-

te in ospedale per eseguire gli opportuni prelievi) sembra essere stato sostituito da un "accertamento clinico-tossicologico", e non è chiaro se questo preveda necessariamente una visita medica.

In sostanza l'onere della valutazione dello stato psicofisico del conducente ricade sulle Forze dell'Ordine stesse, venendo a cadere l'obbligo della valutazione medica, pur in assenza di competenze specifiche da parte degli agenti stessi. Già questa modifica porta a potenziali discriminazioni sui guidatori che assumono farmaci psicotropi, in quanto non è sempre semplice distinguere una «alterazione dello stato psicofisico da assunzione di sostanze psicotrope» da uno stato, ad esempio, di agitazione conseguente ad un sinistro in cui il guidatore possa essere stato coinvolto, pur in assenza di responsabilità.

Ulteriori incertezze vengono poi da una circolare del Ministero dell'Interno [3] in cui, in risposta ad un quesito da parte del comando della polizia municipale di Ciampino, il Ministero ribadisce che «in realtà le modifiche apportate dalla legge 120/2010 non appaiono essere quelle auspiccate. Nel riscrivere la norma non è stato difatti modificato il titolo e il comma 1 dell'articolo 187, nella parte in cui si prevede che è punito chiunque guida in stato di alterazione psicofisica. Uno stato di alterazione che oggi può essere provato solo sulla base di una valutazione clinica». Un parziale passo indietro dunque, in cui sembra che le competenze mediche siano necessarie al fine della valutazione e del possibile successivo sanzionamento del guidatore. Non dimentichiamo inoltre che, in caso di sanzione ai sensi dell'articolo 187 e di sinistro con responsabilità, la compagnia assicuratrice del guidatore può esercitare il diritto di rivalsa sull'assicurato, a meno che lo stesso non abbia aderito alle clausole (se previste) che prevedono la rinuncia a tale diritto a fronte di una maggiorazione del premio assicurativo.

Un'ulteriore riflessione merita a questo punto la definizione di sostanze psicotrope e stupefacenti. Se per le sostanze illegali d'abuso l'interpretazione appare per lo più ovvia, non sempre i pazienti-conducenti conoscono quali siano i farmaci psicotropi che possono portarli a sanzione: l'opinione comune porta ad enfatizzare i derivati dalla morfina, e in effetti tali sostanze sono citate nelle tabelle ministeriali delle sostanze stupefacenti e psicotrope [4], ma la maggior parte della popolazione ignora il fatto che tali tabelle annoverino anche la maggior parte dei farmaci ansiolitici, ipnoinducanti e tranquillanti (benzodiazepine) in commercio. Queste sostanze, come vedremo in seguito, sono gravate da effetti sulla guida decisamente più preoccupanti di alcune sostanze oppiacee, ma allo stesso tempo godono di una sorta di "lasciapassare mediatico" che le immunizza ai sensi di possibili pregiudizi e discriminazioni sociali.

Prima di affrontare quindi nel dettaglio le problematiche legali appare opportuno ragionare sul-

la effettiva influenza di tali sostanze sulla guida: non esistendo al momento un test univocamente accettato per valutare tali abilità, la letteratura si è incentrata su test in grado di misurare i riflessi visivi e uditivi dei guidatori, su simulatori di guida, su strumenti psicometrici complessi.

Lo strumento più completo è verosimilmente il Vienna test, complesso strumento psicometrico in grado di esplorare svariate funzioni neurocognitive necessarie per la guida di veicoli e utilizzato in campo automobilistico, ferroviario e aeronautico in diversi Paesi, europei e non. Tale test, pur essendo completo, esaustivo e oggettivo (restituisce un valore numerico superata una certa soglia del quale il soggetto viene ritenuto in grado di guidare), non è trasportabile e richiede circa 50 minuti per essere portato a termine.

Un test "on the road" utilizzato in letteratura scientifica è la misura della deviazione laterale durante la guida di un veicolo percorrendo una strada dritta: i soggetti sono istruiti a guidare un'automobile per 100 km (61 miglia) in autostrada mantenendo una velocità costante (95 Km/h; 58 miglia/h) e una posizione stabile all'interno della corsia di traffico più a destra; il parametro principale valutato dal test è lo scostamento laterale (deviazione standard dalla posizione laterale o SDLP, espresso in cm), e il conteggio di tali scostamenti indica un progressivo peggioramento della capacità di guida; questo test offre il vantaggio, come il precedente, di restituire un valore numerico su cui è possibile creare dei valori soglia di abilità di guida, ma è comunque costoso e non eseguibile semplicemente su strade aperte al traffico. Tale test è stato largamente utilizzato dall'ente nordeuropeo ICADTS (*International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*) [5] come parametro per valutare l'influenza sulla guida di tutta una serie di farmaci. Somministrando a dei volontari una posologia media di svariate molecole e avvalendosi del test delle deviazioni laterali è stato possibile suddividere le principali molecole con azione psicotropa in tre diverse categorie, utilizzando come parametro di riferimento l'alcool (è noto infatti che la cinetica dell'alcool correla linearmente con le performance psicometriche, in senso di peggioramento crescente delle stesse ad incrementi lineari dell'alcoolemia):

- il gruppo I indica le sostanze che portano ad un peggioramento su tali abilità paragonabile ad un'alcoolemia inferiore a 0,5 g/l;
- il gruppo II quelle paragonabili ad un'alcoolemia compresa tra 0,5 e 0,8 g/l;
- il gruppo III superiore a 0,8 g/l.

Non sono mancate sorprese in tale studio (ripreso poi da una survey commissionata dalla Comunità Europea stessa e conclusasi nel 2012), in quanto la maggior parte delle benzodiazepine ha portato ad un "impairment" delle capacità di guida di tipo III, a differenza di alcuni oppiacei forti

(ossicodone e metadone), che si sono classificati nel gruppo II (a discapito addirittura di altri oppiacei deboli, quali il tramadolo, che si sono classificati nel gruppo III, al pari della tanto temuta morfina).

La stessa Comunità Europea, attraverso l'osservatorio europeo EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) [6] sulle sostanze d'abuso, ha ritenuto di approfondire l'argomento, portando a termine un amplissimo lavoro di review di tutti gli studi pubblicati sull'argomento DUID (*Driving under influence of drugs*), denominato DRUID e conclusosi a dicembre 2012 [7]. Le principali conclusioni cui giunge tale analisi portano ad un messaggio tranquillizzante per gli oppiacei a rilascio controllato sulle capacità di guida, mettendo invece in guardia sull'utilizzo di alcune benzodiazepine. Tutto questo tenendo anche in debita considerazione che esistono lavori pubblicati sull'influenza negativa del sintomo dolore sulle performance di guida, in assenza di terapia farmacologica [8].

Il nostro gruppo, dopo avere confermato alcuni di questi lavori con esperienze proprie [9] (nello specifico sulla differente alterazione dei riflessi visivi e uditivi dovuta ad oppiacei deboli e forti), ha cercato di ragionare sulla problematica clinica e legale ideando e sviluppando un software in grado di misurare in maniera oggettiva e ripetibile i riflessi visivi e uditivi, semplici e complessi, di chi vi si sottopone (in coerenza con l'articolo 119 del Codice della Strada, art. 324 del regolamento di attuazione). Affinché tale test fosse praticabile "on the road" e potesse avere una logica proattiva di prevenzione dell'incidentalità stradale (da parte degli utenti), oltre che potenzialmente sanzionatoria per le Forze dell'Ordine (una specie di "precursore" in maniera analoga a quanto avviene attualmente con l'alcool), è stato trasposto in una APP denominata "Safedrive" per devices mo-

bili (smartphones e tablets) e resa gratuitamente disponibile sugli stores dedicati Apple e Android.

È stato successivamente eseguito un lavoro scientifico su pazienti affetti da dolore, sugli stessi pazienti durante terapia con farmaci oppioidi, su volontari sani a concentrazioni crescenti di alcool nell'aria espirata (attraverso lo strumento probatorio Drager Alcool test 7110 MKIII in dotazione alle Forze dell'Ordine, gentilmente messi a disposizione da Drager Italia di Corsico, Milano, per tutta la durata dello studio). I risultati, recentemente pubblicati [10], hanno confermato quanto emerso da altri lavori sull'argomento, portati a termine attraverso software più complessi di Safedrive e naturalmente non eseguibili "on the road". In sintesi si è visto come i pazienti affetti da dolore abbiano performance che migliorano quando assumono una corretta terapia oppioide (nello specifico abbiamo testato per la prima volta una recente associazione farmacologica di ossicodone a rilascio controllato e naloxone), tanto che i pazienti in terapia con tale associazione hanno avuto performance migliori rispetto ai volontari sani con alcolemie inferiori a 0,5 g/l, e quindi non sanzionabili ai sensi dell'articolo 186 del Codice della Strada (che norma la guida in caso di assunzione di alcool).

Le considerazioni conclusive riguardano quindi la necessità di riflettere in ottica sanzionatoria non tanto, o non solo, su **quale sostanza** sia stata assunta dal guidatore ma da **quali effetti** tale sostanza porti al guidatore stesso, mantenendo la mente libera da pregiudizi legati alla semantica dei farmaci oppioidi o alle paure ataviche che possono generare nella collettività. L'elaborazione di sistemi computerizzati per device mobili (APP) per tali valutazioni appare a detta degli scriventi un campo di ricerca promettente per dotare Forze dell'Ordine e cittadini di uno strumento di valutazione e autovalutazione oggettivo e ripetibile, utile alla prevenzione dell'incidentalità stradale.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Legge 38/2010 recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore». Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
2. Nuovo codice della strada. Legge n. 120 del 29 luglio 2010. Gazzetta Ufficiale n. 157 del 29 luglio 2010, suppl. ord. n. 171
3. Circolare Ministero dell'Interno. Dipartimento della Pubblica Sicurezza. 300/A/1959/12/109/56 del 16/03/2012
4. Ministero della Salute. Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Disponibili online su http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto (ultimo accesso novembre 2014)
5. ICADTS. Categorization system for medicinal drugs affecting driving performance. Disponibile online su <http://www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs1.pdf> e <http://www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf> (ultimo accesso novembre 2014)
6. EMCDDA. Legal approaches to drugs and driving. Disponibile online su <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index19034EN.html> (ultimo accesso novembre 2014)

7. Project DRUID. Disponibile online su <http://www.druid-project.eu/Druid/EN/Dissemination/dissemination-node.html> (ultimo accesso novembre 2014)
8. Veldhuijzen DS, Wijck AJM, Wille F, et al. Effect of chronic nonmalignant pain on highway driving performance. *Pain* 2006; 122: 28-35
9. Miceli L, Bednarova R, Sandri M, et al. Use of opioids for pain relief while driving: when the patient meets the police. *Pain Pract* 2013; 13: 345; <http://dx.doi.org/10.1111/papr.12037>
10. Miceli L, Bednarova R, Rizzardo A, et al. Alcohol, pain, and opioids: which is a major threat to driving ability? *Ann Pharmacother* 2014; 48: 1531-2; <http://dx.doi.org/10.1177/1060028014546185>