

ABUSO DI ALCOLICI E DI PSICOFARMACI E USO NON TERAPEUTICO DI STUPEFACENTI ED ALLUCINOGENI NELL'INFORTUNIO DA INCIDENTE STRADALE *IN ITINERE*: ALGORITMI DIAGNOSTICI MEDICO-LEGALI

A. MELE*, A. SASSI**, T. TAROPPIO***, M. GALLO****, A. GOGGIAMANI*****

SOMMARIO

1. Introduzione. - 2. Le cause di esclusione dell'indennizzabilità dell'infortunio *in itinere* e il rischio elettivo. - 3. I parametri dell'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti. - 4. Assunzione delle sostanze esogene e nesso causale con l'evento lesivo. - 5. Un caso peculiare: le categorie di lavoratori per le quali è previsto il divieto assoluto di assunzione di alcol. - 6. Conclusioni.

1. Introduzione

Gli incidenti stradali rappresentano un problema rilevante in ambito assicurativo previdenziale, non soltanto per i conducenti professionali o per chi adopera il mezzo di trasporto per spostamenti di lavoro, ma anche per chi lo utilizza per recarsi e rientrare a casa dal lavoro o per raggiungere i luoghi di consumazione abituale dei pasti, purché l'utilizzo del mezzo privato sia necessitato.

Sebbene venga segnalata una contrazione del numero di incidenti stradali con il passare degli anni e si sia ridotto, conseguentemente, anche il numero di infortuni sul lavoro da incidente stradale dal 2005 al 2011, un recente studio di Bucciarelli e Pennisi ha evidenziato che, nel complesso, gli infortuni stradali sono calati meno di quelli non stradali, che gli infortuni stradali *in itinere* sono

* Dirigente medico di I livello Inail presso la Sovrintendenza Sanitaria Centrale.

** Dirigente medico di I livello Inail presso la Sovrintendenza Sanitaria Regionale Lombardia.

*** Dirigente medico di II livello Inail, Sovrintendente Sanitario Regionale Lombardia.

**** Dirigente medico di II livello Inail, Responsabile del Settore I, *Programmazione, Organizzazione e Risk Management*, presso la Sovrintendenza Sanitaria Centrale.

***** Sovrintendente Sanitario Centrale Inail.

diminuiti più di quelli avvenuti in occasione di lavoro, ma anche che la loro mortalità è rimasta più elevata¹.

Tanto basta a comprendere le dimensioni e le conseguenze economiche del fenomeno, allorché le lesioni - mortali e non - derivate dal sinistro vengono accolte in tutela.

Come noto, sulla scorta dell'evoluzione giurisprudenziale precedente, l'articolo 12 del d.lgs. del 12 febbraio 2000, n. 38 ha esteso la garanzia assicurativa Inail agli infortuni *in itinere*².

Il sopra citato articolo 12, oltre ad indicare le condizioni alle quali è subordinato il riconoscimento della tutela, in caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato (uso necessitato, normalità del percorso, assenza di deviazioni o interruzioni non necessitate), indica altresì espresse cause di esclusione della tutela stessa. L'ultimo periodo dell'articolo 12 prevede una causa di esclusione legata al mero fatto oggettivo che il conducente sia sprovvisto della prescritta abilitazione di guida, senza alcun riferimento alla efficienza causale, nella dinamica del sinistro, della individuata violazione del codice della strada. È, invece, espressamente previsto che l'abuso di alcoolici e di psicofarmaci o l'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni escludono l'indennizzabilità dell'evento lesivo soltanto se abbiano direttamente cagionato l'evento stesso³.

- 1 BUCCIARELLI A., PENNISI L., *Gli incidenti stradali nell'ottica della sicurezza sul lavoro*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2012; 3: 747. Un'analisi dettagliata del fenomeno nel quinquennio 2004-2008 era stata condotta da ANSELMI E., BONIFACI G., CHIAROMONTE C., CONTE P., COVIELLO S., *Distribuzione territoriale dell'infortunio in itinere: trend e tassi di incidenza*, in *Atti VIII Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010; 1: 523. La problematica degli incidenti stradali e dell'abuso di alcol in tema di prevenzione degli infortuni sul lavoro era stata esaminata anche da SPRIDIGLIOZZI S., SACCO A., SENNI A., *La prevenzione degli infortuni sul lavoro nei problemi alcolcorrelati*, in *Igiene e Sicurezza del lavoro*, 2003; 3: 132.
- 2 A dire il vero, vi erano stati Autori critici nei confronti di una novella definizione normativa dell'infortunio *in itinere*. Così si esprimeva, ad esempio, CATALDI: «*sia una legge istitutiva di una specifica forma di tutela per gli infortuni in itinere sia l'inserimento nella legge assicurativa degli infortuni sul lavoro di una norma estensiva per gli infortuni in itinere, lungi dal risolvere una annosa e complessa questione, rischierebbero di rinverdirla proprio nel momento che essa ha trovato nella consolidata giurisprudenza un suo logico e convincente assestamento*»; tra le due ipotesi CATALDI propendeva, comunque, per quella dell'aggiunta di un apposito articolo alla legge già operante (all'epoca il d.p.r. del 30 giugno 1965, n. 1124) la cui formulazione poteva essere la seguente: «*È altresì considerato infortunio sul lavoro quello che incolga al lavoratore, senza sua colpa, sulla strada, mentre si reca dalla propria dimora al luogo di lavoro o viceversa, sempreché non vi siano state interruzioni o deviazioni nel percorso per libera scelta del lavoratore e, ove egli abbia dovuto far uso di mezzo di trasporto, questo sia stato fornito o prescritto dal datore di lavoro, e nell'ipotesi di uso di mezzo proprio, esso si sia reso necessario per la distanza da percorrere o per la mancanza o l'inadeguatezza di mezzi pubblici (nonché di alloggi predisposti dal datore di lavoro sul luogo di lavoro)*» (CATALDI E., *È ancora in itinere l'assicurazione contro gli infortuni in itinere?*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1988; 4-5: 341).
- 3 Per un corretto inquadramento dell'iter giuridico-normativo relativo alla fattispecie dell'infortunio *in itinere* si rinvia ai contributi di Palma (quest'ultimo condotto anche a livello internazionale) ed al già citato lavoro di Cataldi (PALMA M., *Infortuni in itinere nel quadro dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1988; 3: 157; CATALDI E., *È ancora in itinere l'assicurazione contro gli infortuni in itinere?*, op. cit. sub 2), nonché al più recente contributo di Fontana, il quale individuava la prima proposta di una normativa specifica sull'infortunio

È di tutta evidenza che le maggiori difficoltà in ambito previdenziale - ma anche in altre sfere giuridiche di applicazione della disciplina - scaturiscono proprio nel determinare quando l'infortunio *in itinere* è direttamente cagionato dall'abuso o dall'uso non terapeutico delle sostanze sopra menzionate. Dal punto di vista medico-legale, le problematiche più rilevanti risiedono nel reperire ed interpretare gli accertamenti di laboratorio che potrebbero essere in grado di fornire informazioni al riguardo.

Deve preliminarmente rilevarsi che, mentre l'esecuzione di esami di laboratorio volti all'identificazione della sostanza nell'organismo del lavoratore è sempre utile in ambito infortunistico lavorativo ed assicurativo privato (eventuale esclusione di indennizzo), la stessa può non rilevare in altri ambiti giuridici, quando non si configurano ipotesi di ristoro del danno a persone e/o a cose in ambito civilistico o di reato in ambito penale.

Tutto ciò può comportare spesso l'assenza della documentazione sanitaria necessaria ad una compiuta analisi medico-legale del caso in talune fattispecie che pure rivestirebbero una loro peculiare dignità in regime di tutela assicurativa Inail, stante la normativa in precedenza richiamata e la possibile realizzazione di un rischio elettivo che potrebbe escludere l'indennizzo.

Ci si è interrogati, pertanto, su quali criteri medico-legali sia possibile adoperare nelle fasi di accertamento e di valutazione, su quale documentazione eventualmente richiedere, su quali possano essere gli esami utili al fine di fornire indicazioni circa l'abuso di alcol e di psicofarmaci o l'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni e, infine, su come i risultati debbano essere interpretati.

2. Le cause di esclusione dell'indennizzabilità dell'infortunio *in itinere* e il rischio elettivo

La problematica inerente l'infortunio *in itinere*, la cui trattazione prima del 2000 era, di fatto, affidata all'interpretazione giurisprudenziale, in costante evoluzione sul tema e recepita, di volta in volta, con note tecniche da parte dell'Istituto, ha trovato un definitivo inquadramento normativo con l'art. 12 del d.lgs. n. 38/2000⁴.

in itinere in quella presentata alla Camera dei Deputati dall'onorevole Raponi ed altri il 26 febbraio 1959. Si trattava di estendere la tutela già prevista per i marittimi dall'art. 6 del T.U. di cui al d.p.r. del 30 giugno 1965, n. 1124 (sovrapponibile all'art. 19 del r.d. del 17 agosto 1935, n. 1765) alle altre categorie di lavoratori assicurati (FONTANA A., *L'infortunio in itinere*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2000; 4-5: 627). All'Autore si deve anche una ricognizione di rilievi critici alla stesura della formulazione normativa definita «prematura». Del contributo vale la pena segnalare, inoltre, la proposta di sostituire la dizione di "infortunio sul lavoro" o "del lavoro" con «infortunio del lavoratore, intendendo per tale non solo colui che presta la propria opera hic et nunc, bensì, più in generale, colui che del lavoratore riveste, per usare un termine moderno, che ricorre anche nella Costituzione (cfr. art. 3, primo comma), la condizione sociale [...]».

4 Art. 12. Infortunio *in itinere*: «All'articolo 2 e all'articolo 210 del testo unico è aggiunto, in fine, il seguente comma: "Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non

L'Istituto, a seguito della definizione emanata con la norma, ha provveduto a diffondere puntuali chiarimenti ed istruzioni operative⁵ che, unitamente alle sentenze successive all'emanazione del citato decreto, hanno individuato, nel tempo, alcuni punti di reperi per la trattazione e la valutazione dei casi, al fine di omogeneizzare i provvedimenti sul territorio nazionale.

Il contenuto di queste e di altre comunicazioni evidenzia una stretta correlazione a questioni di pertinenza quasi esclusivamente amministrativa (rischio tutelato, utilizzo del mezzo privato, interruzione del percorso, limiti spaziali e temporali della tutela, ecc.) e non affronta le questioni di rilevanza medico-legale.

Anche buona parte della dottrina ha trattato il tema in ottiche che soddisfano soltanto certe sfere di interesse relative all'infortunio *in itinere* concentrandosi, precipuamente, sulle inevitabili intersezioni tra indennizzo in sede previdenziale e ristoro del danno in sede civile⁶.

necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed imprevedibili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida.

- 5 Una ricognizione sul tema e sulle fonti di riferimento interne all'Istituto è presente in MELE A., *L'infortunio in itinere*, in OSSICINI A. (a cura di), *Infortuni e malattie professionali, metodologia operativa 2.0*, Inail, 2014: 289. Successivamente alla pubblicazione sono state elaborate sul tema le seguenti note interne: lettera Direzione Centrale Prestazioni Economiche del 12 novembre 2014 (*Tutelabilità degli infortuni in itinere occorsi ai tirocinanti occupati in tirocini curricolari*); Circolare n. 62 del 18 dicembre 2014 (*Linee guida per la trattazione dei casi di infortuni in itinere. Deviazioni per ragioni personali*); Circolare n. 14 del 25 marzo 2016.
- 6 DI GIILIO M., *L'azione di regresso dell'Inail*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2001; 1-2: 59; ROSSETTI M., *Il danno da lesione della salute tra sistema indennitario e sistema risarcitorio: punti di contatto e questioni irrisolte*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2001; 4: 1035; ROSSI A., *La tutela previdenziale del danno biologico ed i suoi riflessi sulla protezione sociale del lavoratore in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali, sulla responsabilità civile del datore di lavoro e sulle azioni di rivalsa dell'Inail*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2001; 4: 1107; CAVICCHI A.R., *La surroga degli assicuratori sociali: analisi di problematiche operative alla luce delle recenti disposizioni normative, della giurisprudenza e della prassi*, in *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 2003; 2: 389; ROSSI F., *Infortunio sul lavoro e risarcibilità del «danno biologico differenziale» dopo il d.lgs. n. 38/2000*, in *Rivista italiana di Diritto del lavoro*, 2005; 2: 364; LA PECCERELLA L., *Il danno alla persona nell'infortunistica del lavoro tra indennizzo e risarcimento*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2008; 1: 47; D'ANDREA G., SILINGARDI G., *Infortunio in itinere: tra indennizzo e risarcimento e riflessi medico-legali*, in *Atti VIII Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010; 1: 537; FONTANA A., *Azione di regresso. Aspetti e problematiche attuali*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2011; 2: 411; COGNO D., *Il danno differenziale: oneri allegativi e probatori per le domande relative ad infortuni o malattie professionali*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2011; 7-8: 1656; DE MATTEIS A., *Novità in tema di infortunio in itinere: la Cassazione apre agli allievi, l'Inail alle piste ciclabili*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2012; 1: 1; BONA M., *Accordi transattivi inail-assicuratore R.C. auto e concorso di colpa: quali interazioni tra tutela risarcitoria e protezione indennitaria?*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2013; 5: 1688; ROMEO L., CRIPPA L., *La tutela degli eventi infortunistici occorsi al lavoratore "in missione"*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2014; 1: 33.

Nella pratica quotidiana, l'area medico-legale viene spesso consultata in ordine alla documentazione pervenuta presso la sede territoriale Inail, quando l'evento *in itinere* denunciato si è verificato a causa di un incidente stradale. Ci si riferisce, più in particolare, ai casi in cui il giudizio medico può risultare dirimente ai fini dell'accoglimento in tutela, ovverosia a quelle evenienze in cui si richiede di rintracciare nel carteggio documentale i dati pertinenti ad un'eventuale assunzione di sostanze esogene, all'uso terapeutico delle stesse, nonché di esprimersi in termini di nesso di causalità materiale tra modalità lesive dell'evento e quadro lesivo, e tra quest'ultimo e le menomazioni residue⁷.

In quest'ultimo caso, per solito, risulta più agevole rinvenire i dati che consentono di soddisfare l'intera criteriologia medico-legale e di concludere per la sussistenza o meno di un nesso di causalità materiale tra evento denunciato e lesioni e tra queste ultime e le conseguenti menomazioni.

Più ostica può essere la ricerca, la raccolta e l'analisi di dati di laboratorio che consentano di risalire allo stato dell'infortunato al momento del sinistro.

Come detto, in base alla normativa vigente, rimangono esclusi dall'indennizzo gli infortuni direttamente causati da:

1. abuso di alcolici e di psicofarmaci;
2. uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
3. mancanza della prescritta abilitazione di guida.

Si segnalano, sempre in riferimento a differenti fattispecie considerate nel contesto degli infortuni *in itinere*, la nota a sentenza del Consiglio di Stato, 25 settembre 2006, n.5603, sez. VI di Evangelista (EVANGELISTA F., *Linea morbida sugli infortuni in itinere*, in *Diritto e giustizia*, 2006; 38: 70: «Al dipendente pubblico deve essere indennizzato l'infortunio in itinere occorso per il raggiungimento del luogo di servizio nel caso di utilizzo di mezzo privato anche in mancanza di esplicita autorizzazione a tale uso da parte dell'amministrazione, qualora quest'ultima abbia continuativamente tollerato la carenza della richiesta autorizzazione») e la nota di Corsalini ad una recente sentenza della Cassazione civile, sez. lavoro, 9 ottobre 2013, n.22974 (CORSALINI G., *Le malattie professionali in itinere*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2014; 2: 529) con cui è stata ritenuta non indennizzabile la «malattia professionale in itinere», ossia la malattia contratta «sulle vie del lavoro». La Corte di Appello di Roma, in riforma della decisione di primo grado del Tribunale di Rieti, aveva condannato l'Inail ad indennizzare il lavoratore, riconoscendo l'esistenza del nesso causale tra la patologia denunciata (ernia discale) e l'uso quotidiano, protrattosi per molti anni, del proprio autoveicolo per recarsi al lavoro. La Suprema Corte «ha stabilito che il riconoscimento del diritto alle prestazioni per la malattia professionale richiede che la malattia stessa sia stata contratta nell'esercizio o a causa della lavorazione svolta; questa connessione stretta tra patologia e attività lavorativa è il requisito essenziale che caratterizza anche la differenza tra malattia professionale e infortunio sul lavoro. Secondo il Supremo Collegio non è consentito procedere ad un'interpretazione estensiva o analogica della normativa dettata per l'infortunio sul lavoro alla malattia professionale, in quanto, mentre per la tutela dell'infortunio è sufficiente che lo stesso si sia verificato in occasione di lavoro, ossia anche al di fuori dei luoghi di lavoro (e non solo nel corso della prestazione lavorativa), purché ci sia un collegamento anche in forma indiretta con l'attività di lavoro, per il riconoscimento delle prestazioni per la malattia professionale è necessario che questa sia stata proprio causata dal lavoro. Di conseguenza, per la Corte, non è neanche possibile estendere alla malattia professionale gli orientamenti giurisprudenziali (e - si potrebbe aggiungere - le disposizioni normative) volti alla tutela dell'infortunio in itinere, orientamenti (e disposizioni) fondati sul presupposto di un collegamento funzionale, in materia di infortunio sul lavoro, tra l'attività di locomozione e di spostamento e quella di stretta esecuzione dell'attività lavorativa».

7 Un'ipotesi esemplificativa è stata ben rappresentata da CALANDRIELLO L., *L'infortunio in itinere*, dossier ELPMI, n. 2-2009.

In relazione ai primi due comportamenti sopra elencati, rispetto ai quali il Legislatore esprime un giudizio di disvalore, viene in evidenza, innanzitutto, la diversità dei termini utilizzati per descriverli: abuso, in un caso, ed uso, nell'altro.

Tale diversità è da ricondurre, probabilmente, alla considerazione che l'uso di alcolici o di psicofarmaci è lecito e socialmente accettato, sicché soltanto all'abuso è correlabile un giudizio di disvalore. Per contro, l'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni costituisce *ex se* comportamento illecito.

Individuare i dati dirimenti relativi all'assunzione e saperli analizzare equivale, in dette circostanze, alla soluzione positiva o negativa del caso per cui l'identificazione di un *iter* accertativo medico-legale condiviso sul piano nazionale risulta effettivamente questione nodale.

Senza specifico riferimento alla branca che ci occupa, il richiamo era già stato formulato in due delibere del CIV del 24 marzo 2003 e del 29 settembre 2003, nelle quali si raccomandava l'individuazione di metodi valutativi condivisi, al fine di omogeneizzare i risultati degli accertamenti sul territorio e conseguentemente dell'erogazione delle prestazioni da parte dell'Istituto.

Non erano mancate già in precedenza e successivamente alle due delibere anzidette, indicazioni operative istituzionali⁸.

Non sempre è facile acquisire ed analizzare i dati necessari alla formulazione di un giudizio valutativo medico-legale sulle questioni relative ad alcol e psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni nel caso di incidenti stradali⁹.

Mentre per particolari categorie di lavoratori ed in tema di prevenzione del rischio e di sorveglianza sanitaria esistono documenti di riferimento che indivi-

⁸ In particolare, si rinvia alle lettere della Direzione Centrale Prestazioni Inail del 22 luglio 2011 "Trattazione dei casi di infortunio *in itinere*" (si richiama l'attenzione sull'acquisizione di tutta la documentazione necessaria e delle informazioni utili alla definizione dei casi di infortunio *in itinere* e tra le possibili anomalie elencate a titolo esemplificativo, viene proprio citata «la mancata richiesta sia dei verbali delle Autorità competenti intervenute sul luogo dell'incidente, sia dei referti medici emessi dalle Strutture sanitarie dai quali risulti il tasso alcolemico dell'infortunato, ovvero gli esami tossicologici effettuati nei confronti di quest'ultimo») e del 26 aprile 2012 "Infortunio *in itinere* violazione del codice della strada" («l'infortunio *in itinere* che si sia verificato per il comportamento colposo del lavoratore, a causa della mancata osservanza di norme del codice della strada, [può] essere tutelato, salvo che, considerate le circostanze del caso concreto, nel comportamento del lavoratore sia ravvisabile una scelta volontaria e consapevole che configuri l'assunzione di un rischio elettivo, in quanto tale idoneo ad escludere l'indennizzabilità dell'infortunio. Pertanto, nella trattazione dei casi di tali infortuni *in itinere*, ciò a cui si deve avere riguardo non è tanto una classificazione delle violazioni del codice della strada in base alla loro astratta gravità, quanto, e piuttosto, la dinamica dell'evento in concreto, al fine di valutare se la violazione costituisca causa efficiente dell'evento lesivo e se la condotta dell'infortunato, che detta violazione ha commesso, sia dovuta a mera distrazione o sia riconducibile, invece, ad una scelta deliberata e volutamente imprudente»).

⁹ Bene riassumevano alcune difficoltà di reperimento delle informazioni in un lavoro dedicato a determinate categorie di lavoratori MULINACCI M., MEOLA A., PANUCCIO B., ROGGI M., *Difficoltà e limiti nell'acquisizione di indicatori di abuso di alcolici o psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni nel caso di incidenti stradali*, in *Atti VIII Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010; 2: 991.

duano gli *step* di una corretta metodologia operativa¹⁰, l'effettuazione degli accertamenti relativi all'assunzione di sostanze esogene da parte di soggetti coinvolti in incidenti stradali è affidata all'Autorità giudiziaria o a chi eroga la prestazione sanitaria con finalità clinico-terapeutica.

Dal punto di vista normativo, la legge del 29 luglio 2010, n. 120 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale", con l'art. 33 ha apportato modifiche agli artt. 186¹¹

- 10** Si citano al riguardo: legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (art. 15, primo comma); protocollo di Intesa Conferenza Stato Regioni, 16 marzo 2006, "Attività lavorative ad elevato rischio infortuni"; d.lgs. del 9 aprile 2008, n. 81 modificato dal d.lgs. 3 agosto 2009, n. 106, "Nuovo Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" (art. 41, commi 2, 4 e 4-bis). A livello regionale: Documento approvato in data 26 marzo 2010 dal Comitato Regionale di Coordinamento della Regione Puglia, ex art.7 d.lgs. 81/2008 "Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcol-correlati ad opera dei medici competenti ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006"; Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte del 22 ottobre 2012, n. 21-4814, "Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalc. e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dip. nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai sensi Allegato 1 Intesa Stato-Regioni 2006 e art. 41 c. 4bis d.lgs. 81/08 e smi."; Deliberazione Regione Toscana del 9 dicembre 2013, n. 1065 "Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcol-dipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi".
- 11** Art. 186 "Guida sotto l'influenza dell'alcool": «1. È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche. 2. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato [...] con sanzioni variabili in data 26 marzo 2010 dal tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l) [...] tasso alcolemico superiore a 0,8 e non superiore a 1,5 grammi per litro (g/l) [...] superiore a 1,5 grammi per litro (g/l) [...] 3. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al quarto comma, 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 terzo comma 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 psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, primo e secondo comma, 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 alcolemico 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. Copia della certificazione di cui al periodo precedente 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. 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 Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'articolo 187. 6. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico 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 secondo comma. 7. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5, il conducente è punito con le pene di cui al secondo comma lettera c). La condanna per il reato di cui al periodo che precede comporta la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e della confisca del veicolo con le stesse modalità e procedure previste dal secondo comma, lettera c) [...] Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica secondo le disposizioni dell'ottavo comma. 8. Con l'ordinanza con la quale viene disposta la sospensione

e 187¹² di cui al d.lgs. del 30 aprile 1992, n. 285 ed ha inserito l'art. 186-bis in materia di guida sotto l'influenza dell'alcol ed in stato di alterazione psicofisica per

della patente ai sensi dei commi 2 e 2-bis, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119, quarto comma, 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 e 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro, ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui ai commi 2 e 2-bis, il prefetto, in via cautelare, dispone la sospensione della patente fino all'esito della visita medica di cui all'ottavo comma».

- 12** Art. 187 "Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti": «1. Chiunque guida in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000 e l'arresto da sei mesi ad un anno. All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato, la durata della sospensione della patente è raddoppiata. Per i conducenti di cui al primo comma dell'articolo 186-bis, le sanzioni di cui al primo e al secondo periodo del presente comma sono aumentate [...] 1-bis. Se il conducente in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope provoca un incidente stradale, le pene di cui al primo comma sono raddoppiate e [...] la patente di guida è sempre revocata [...] 2. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al terzo comma, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, primo e secondo comma, 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. 2-bis. Quando gli accertamenti di cui al secondo comma 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, i conducenti, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono essere sottoposti ad accertamenti clinico-tossicologici e strumentali ovvero analitici su campioni di mucosa del cavo orale prelevati a cura di personale sanitario ausiliario delle forze di polizia [...] Ove necessario a garantire la neutralità finanziaria di cui al precedente periodo, il medesimo decreto può prevedere che gli accertamenti di cui al presente comma siano effettuati, anziché su campioni di mucosa del cavo orale, su campioni di fluido del cavo orale. 3. Nei casi previsti dal comma 2-bis, qualora non sia possibile effettuare il prelievo a cura del personale sanitario ausiliario delle forze di polizia ovvero qualora il conducente rifiuti di sottoporsi a tale prelievo, 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. Le medesime disposizioni si applicano in caso di incidenti, compatibilmente con le attività di rilevamento e di soccorso. 4. Le strutture sanitarie di cui al terzo comma, 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 terzo comma; essi possono contestualmente riguardare anche il tasso alcolemico 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. 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. 5-bis. Qualora l'esito degli accertamenti di cui ai commi 3, 4 e 5 non sia immediatamente disponibile e gli accertamenti di cui al secondo comma abbiano dato esito positivo, se ricorrono fondati motivi per ritenere che il conducente si trovi in stato di alterazione psico-fisica dopo l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli organi di polizia stradale possono disporre il ritiro della patente di guida fino all'esito degli accertamenti e, comunque, per un periodo non superiore a dieci giorni. Si applicano le disposizioni dell'articolo 216 in quanto compatibili. La patente ritirata è depositata presso l'ufficio o il comando da cui dipende l'organo accertatore [...] 8. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 2, 2-bis, 3 o 4, il conducente è soggetto alle sanzioni di cui all'articolo 186, settimo comma. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119 [...]».

uso di sostanze stupefacenti, introducendo, peraltro, il valore di alcolemia pari a zero per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D ed E, oltre che per i giovani con meno di ventuno anni e per chi ha conseguito il titolo di idoneità alla guida da non più di tre anni.

Appare perspicuo come le fattispecie che qui ci occupano siano quelle in cui il sinistrato ha riportato lesioni fisiche, le quali hanno richiesto cure mediche che hanno comportato un periodo di inabilità temporanea assoluta, seguito o meno da esiti a carattere permanente (danno biologico).

Possono essere rilevate sin d'ora alcune criticità che scaturiscono dal confronto tra norme certamente non omogenee, ovverosia tra le previsioni di cui all'art. 12 del d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 ed il *Nuovo Codice della Strada*, di cui al d.lgs. del 30 aprile 1992, n. 285 e successive modifiche, per cui l'abuso di psicofarmaci, o l'uso di stupefacenti e allucinogeni - quale ne sia la causa, voluttuaria o terapeutica - parrebbe non accordarsi con la possibilità di condurre veicoli a motore. Stando alla formulazione utilizzata dal Legislatore, nel *Nuovo Codice della Strada* non esisterebbe differenza tra uso terapeutico o non terapeutico di stupefacenti o di sostanze psicotrope. Anche se la sostanza esogena è stata assunta con finalità terapeutica, è del tutto chiaro che, per gli effetti che la stessa può dispiegare sull'organismo, la sua assunzione può ingenerare alterazioni comportamentali tali da escludere la possibilità di condurre in sicurezza veicoli a motore o natanti.

Ritenere che l'infortunio *in itinere* causato dall'assunzione ad uso terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni sia sempre e comunque ricompreso all'interno della tutela giuridica prestata dall'Inail sarebbe errato, siccome in contrasto con una corretta interpretazione di carattere sistematico della norma.

Le previsione espressa di talune cause di esclusione della tutelabilità, preventivamente determinate dal Legislatore, non elide, infatti, l'applicazione dei principi generali che governano la configurabilità dell'"occasione di lavoro", come definita ai sensi dell'articolo 2, primo comma, del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124, al quale l'articolo 12 del d.lgs. n. 38/2000 ha aggiunto l'ultimo comma, sopra richiamato, disciplinante, appunto, l'infortunio *in itinere*¹³.

13 Di recente la Corte di Cassazione a Sezioni Unite, chiamata a chiarire in termini generali se l'ultimo comma dell'art. 2 costituisca una disciplina speciale "chiusa in se stessa" per cui le cause di esclusione sono esclusivamente quelle in essa contemplate o se si debba, invece, procedere alla verifica della sussistenza dei requisiti generali dell'occasione di lavoro, con sentenza 7 settembre 2015, n. 17685, si è espressa nei seguenti termini: «D'altra parte, come è stato più volte affermato da questa Corte (v. fra le altre Cass. 6 luglio 2007, n. 15266, Cass. 17 giugno 2014), il d.lgs. n. 38 del 2000, art. 12, ha espressamente ricompreso nell'assicurazione obbligatoria la fattispecie dell'infortunio in itinere, già elaborata dalla giurisprudenza, inserendola nell'ambito della nozione di "occasione di lavoro" di cui al d.p.r. n. 1124 del 1965, art. 2, di guisa che è indubbio che il "comma aggiunto" non può che essere pur sempre letto nel quadro del sistema delineato dal citato art. 2, che al primo comma detta la norma fondamentale della materia, secondo la quale l'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in "occasione di lavoro" [...] va riaffermato il principio secondo cui "la espressa introduzione dell'ipotesi legislativa dell'infortunio in itinere non ha derogato alla norma fondamentale che prevede la necessità non solo della "causa violenta" ma anche della "occasione di lavoro", con la conseguenza che, in caso di fatto doloso del terzo,

Anche con riguardo agli infortuni *in itinere*, pertanto, trova applicazione il principio generale secondo il quale il rischio elettivo esclude la copertura assicurativa. Per rischio elettivo si intende quello che, estraneo e non attinente alla attività lavorativa, sia dovuto ad una scelta arbitraria del lavoratore, il quale crei ed affronti volutamente, in base a ragioni o ad impulsi personali, una situazione diversa da quella inerente alla attività lavorativa, ponendo così in essere una causa interruttiva di ogni nesso tra lavoro (o altra attività protetta), rischio ed evento¹⁴.

Ne consegue che l'abuso di alcol e di psicofarmaci e l'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni hanno efficacia escludente della tutela in presenza di soli due requisiti oggettivi: l'assunzione della sostanza e gli effetti causali della stessa nel determinismo dell'evento lesivo; nel caso di uso terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni non sono, invece, sufficienti i predetti due elementi oggettivi, essendo necessario, ai fini della configurabilità del rischio elettivo, accertare l'elemento soggettivo della condotta consistente nella scelta volontaria del lavoratore di porsi alla guida di veicoli a motore nonostante la consapevolezza delle controindicazioni che dovrebbero essere sempre rappresentate dal medico prescrittore e che, comunque, risultano conoscibili in quanto riportate nel foglio illustrativo contenuto nella confezione del farmaco. Poiché il paziente è tenuto a leggere attentamente il foglio illustrativo dei farmaci prescritti, si possono, in alcune fattispecie, configurare gli estremi del rischio elettivo, in base ad esempio al dosaggio, alle modalità ed ai tempi di assunzione, alla contemporanea assunzione di altri farmaci, di alcolici, ecc. e naturalmente in funzione della dinamica del sinistro, sempre che vi sia correlazione causale diretta tra alterazione psico-fisica indotta e verifica dell'evento. Ne discende che la valutazione deve essere formulata caso per caso e, comunque, il giudizio medico-legale deve sempre limitarsi ad evidenziare, in base alla documentazione disponibile, la presenza o meno della sostanza ed i suoi possibili effetti, nonché eventuali elementi a favore della

legittimamente va esclusa dalla tutela la fattispecie nella quale in sostanza venga a mancare la "occasione di lavoro" in quanto il collegamento tra l'evento e il "normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione e quello di lavoro" risulti assolutamente marginale e basato esclusivamente su una mera coincidenza cronologica e topografica (come nel caso in cui il fatto criminoso sia riconducibile a rapporti personali tra l'aggressore e la vittima del tutto estranei all'attività lavorativa ed a situazioni di pericolo individuale, alle quali la sola vittima è, di fatto, esposta ovunque si rechi o si trovi, indipendentemente dal percorso seguito per recarsi al lavoro) [...]».

- 14 Con riguardo alla fattispecie dell'infortunio *in itinere*, si richiamano pure i chiarimenti in merito al concetto di rischio elettivo forniti, *ex multis*, in: Cassazione civile, sez. lav., 9 ottobre 2000, n. 13447; Cassazione civile, sez. lav., 13 novembre 2000, n. 14682; Cassazione civile, sez. lav., 25 luglio 2001, n. 10162; Cassazione civile, sez. lav., 4 dicembre 2001, n. 15312.

Devono essere ricordate pure le conclusioni cui è pervenuta la Corte di Cassazione, sez. lav., 10 settembre 2009, n. 19496. Nel caso sottoposto al giudizio, l'indennizzabilità dell'infortunio mortale è stata esclusa poiché la lavoratrice non si era avvalsa del sottopassaggio pedonale all'interno della stazione attraversando i binari, in ciò delineandosi una violazione di tale entità da integrare, secondo il comune sentire, «una clamorosa imprudenza e un comportamento abnorme».

conoscenza da parte del soggetto del rischio di porsi alla guida una volta assunta la sostanza, rimandando il giudizio conclusivo sull'ammissibilità in tutela all'area amministrativa, che potrà integrare le notizie disponibili con quelle non di stretta pertinenza sanitaria (come si dirà più dettagliatamente in avanti).

Anche nel caso di uso terapeutico di farmaci, che non rappresenta di per sé causa di esclusione, si ripropone la lettura dianzi offerta.

3. I parametri dell'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti

La IV sezione della Corte di Cassazione Penale nel 2011 affermava che: «L'art. 186 d.lg. n. 285 del 1992 punisce chiunque si pone alla guida in stato di ebbrezza conseguente all'uso di bevande alcoliche. Il parametro di riferimento adottato dal legislatore per valutare lo stato di ebbrezza non è rappresentata dalla quantità di alcol assunta, bensì da quella assorbita dal sangue, misurata in grammi per litro. Si tratta con tutta evidenza di una presunzione "iuris et de iure", che porta a ritenere il soggetto in stato di ebbrezza ogni qualvolta venga accertato il superamento della soglia di alcolemia massima consentita, senza possibilità da parte del conducente di discolarsi fornendo una prova contraria circa le sue reali condizioni psicofisiche e la sua idoneità alla guida»¹⁵.

In tema di assunzione di sostanze stupefacenti, deve essere citato il recentissimo arresto della stessa sezione della medesima Corte¹⁶ la quale ha puntualizzato che «ai fini della configurabilità della contravvenzione di cui all'art. 187 C.d.S., è pur vero che è necessario che lo stato di alterazione del conducente dell'auto venga accertato nei modi previsti dallo stesso art. comma secondo, attraverso un esame tecnico su campioni di liquidi biologici ma è, altresì, necessario che lo stato di alterazione possa essere desunto, nel momento in cui il soggetto venga posto a controllo, da elementi sintomatici esterni, che denotino un consumo recente di sostanze stupefacenti, considerato che la durata di permanenza di tracce nel sangue di tali sostanze è abbastanza lungo; si può quindi verificare che il guidatore, pur risultando positivo all'esito dell'accertamento tecnico, abbia assunto le sostanze in un momento di molto precedente a quello del controllo per cui non era alla guida in condizioni psicofisiche alterate [...]»

Le pronunce citate offrono diversi spunti sulla chiave di lettura della problematica degli infortuni *in itinere*, sottolineando due momenti essenziali, quello relativo all'accertamento dell'assunzione e quello inerente all'accertamento del nesso causale tra assunzione ed evento (*direttamente cagionati da*).

¹⁵ Corte di Cassazione penale, sez. IV, sentenza n. 38793 del 29 settembre 2011, annotata da Romano L., *Stato di ebbrezza: modalità dell'accertamento e rilevanza dell'assunzione di farmaci*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2012; 2: 670.

¹⁶ Corte di Cassazione Penale, sez. IV, sentenza n. 20043 del 5 marzo 2015 (udienza 5 marzo 2015; deposito 14 maggio 2015).

Dal punto di vista dell'assunzione deve essere operata una prima distinzione tra alcol e sostanze stupefacenti (psicotrope).

Nel primo caso, infatti, il superamento di una determinata soglia nel sangue prevista dalla legge rappresenta *ex se* un indice di assunzione acuta, alla quale è correlata la presunzione di potenziale pericolosità della guida di autoveicoli, sanzionata ai sensi dell'art. 186 del *Nuovo Codice della Strada*.

Difatti, per quanto attiene agli effetti dell'alcol, il riferimento è alla *Tabella descrittiva dei principali sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica* di cui all'art. 6 del d.l. 3 agosto 2007 n. 117¹⁷ convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007, n. 160.

Allegato n. 1

TABELLA DESCRITTIVA DEI PRINCIPALI SINTOMI CORRELATI AI DIVERSI LIVELLI DI CONCENTRAZIONE ALCOLEMICA

(Art. 6 del decreto-legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, della legge 2 ottobre 2007, n. 160)

**LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA:
0,5 GRAMMI per LITRO**

Concentrazione di alcol nel sangue (g/L)	Sensazioni più frequenti (*)	Effetti progressivi e abilità compromesse (*)
0	Nessuna	Nessuna
0.1-0.2	Iniziale sensazione di ebbrezza. Iniziale riduzione delle inibizioni e del controllo.	Affievolimento della vigilanza, attenzione e controllo. Iniziale riduzione del coordinamento motorio. Iniziale riduzione della visione laterale. Nausea.
0.3-0.4	Sensazione di ebbrezza. Riduzione delle inibizioni, del controllo e della percezione del rischio.	Riduzione delle capacità di vigilanza, attenzione e controllo. Riduzione del coordinamento motorio e dei riflessi. Riduzione della visione laterale. Vomito.
0.5 g/L : LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA		
0.5-0.8	Cambiamenti dell'umore. Nausea, sonnolenza. Stato di eccitazione emotiva.	Riduzione della capacità di giudizio. Riduzione della capacità di individuare oggetti in movimento e della visione laterale. Riflessi alterati. Alterazione delle capacità di reazione agli stimoli sonori e luminosi. Vomito.

0.9-1.5	Alterazione dell'umore. Rabbia. Tristezza. Confusione mentale, disorientamento.	Compromissione della capacità di giudizio e di autocontrollo. Comportamenti socialmente inadeguati. Linguaggio mal articolato. Alterazione dell'equilibrio. Compromissione della visione, della percezione di forme, colori, dimensioni. Vomito.
1.6-3.0	Stordimento. Aggressività. Stato depressivo. Apatia. Letargia.	Compromissione grave dello stato psicofisico. Comportamenti aggressivi e violenti. Difficoltà marcata a stare in piedi o camminare. Stato di inerzia generale. Ipotermia. Vomito.
3.1- 4.0	Stato di incoscienza.	Allucinazioni. Cessazione dei riflessi. Incontinenza. Vomito. Coma con possibilità di morte per soffocamento da vomito.
Oltre 4	Difficoltà di respiro, sensazione di soffocamento. Sensazione di morire.	Battito cardiaco rallentato. Fame d'aria. Coma. Morte per arresto respiratorio.

Fonte: riadattato dal testo dell'Advisory Committee and NIAAA scientists, 2003

(*) A parità di quantità di alcol assunto, sensazioni ed effetti sono estremamente variabili da soggetto a soggetto, con possibilità di manifestazioni anche opposte tra di loro; in tabella sono riportati sensazioni ed effetti più frequentemente rilevati.

¹⁷ Sulle principali innovazioni introdotte dal d.l. 3 agosto 2007, n. 117, che possono essere riassunte in un inasprimento delle sanzioni e delle pene in caso di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di stupefacenti, si veda il contributo di DE FEO F.N., *Guida senza patente e guida in stato di ebbrezza nel nuovo Codice della strada*, in *IlSole24Ore Avvocato*, 1 ottobre 2007; 10: 93.

Altre fonti bibliografiche riportano le seguenti tabelle:

Tabella 1.

SINTOMI E SEGNI CLINICI	ALCOLEMIA	DISABILITÀ DI GUIDA
Nessun segno esteriore	0-20 mg%	il 20% dei soggetti non sono sicuri nella guida e manifestano iniziale allungamento del tempo di reazione allo stimolo visivo
lieve euforia, senso di maggiore lucidità mentale, benessere fisico, socievolezza, volontà di scherzare e divertirsi, loquacità, risate, lieve tremore delle mani	20-50 mg%	iniziale riduzione del senso di profondità di campo; riduzione del riflesso corneale e di abilità di guida a velocità sostenuta
graduale e ingravescente perdita delle inibizioni, riduzione della capacità critica, tendenza al litigio, incoordinazione motoria; iniziali alterazioni dell'equilibrio (a 65 mg%); alterazione dei sensi olfattivo e tattile; EBBREZZA INIZIALE (>50 mg%)	50-80 mg%	a 50 mg% è rilevabile disabilità di guida nel 25-30% dei conducenti.
soliloquio, parola legata e confusa, vertigini, sonnolenza; iniziale andatura atassica ed agrafia; EBBREZZA MANIFESTA (>100 mg%)	80-120 mg%	allungamento dei tempi di reazione a stimoli visivi e uditivi; riduzione della capacità di adattamento all'oscurità (a 90 mg%); riduzione della funzione e della soglia uditiva
iniziale confusione mentale, instabilità emozionale, sonnolenza, incoordinazione motoria, disequilibrio grave, vomito; grida e urla; il soggetto è ancora sufficiente a se stesso; UBRIACHEZZA (>150 mg%)	120-200 mg%	compromissione della coordinazione oculo-motoria; riduzione dei tempi di reazione; diplopia e compromissione della visione periferica; incapacità di valutazione delle distanze; disabilità di guida in tutti i conducenti
franco stato confusionale, sonnolenza, amnesie, parola incomprensibile, perdita della coordinazione motoria, marcia instabile, vomito, diplopia, marcata ipoglicemia; il soggetto non è più sufficiente a se stesso, ma rifiuta l'aiuto	200-300 mg%	gravissima disabilità di guida in tutti i conducenti
incapacità a mantenere la stazione eretta, stato stuporoso fino al coma	300-400 mg%	impossibilità di guida
coma profondo con depressione respiratoria fino alla morte	400-500 mg%	impossibilità di guida

Tratta da: VIDONI A., BORSETTO M.A., *Gli infortuni in itinere con utilizzo di un mezzo di trasporto privato e direttamente cagionati dall'abuso di alcolici*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2007; 2: 239.

ALCOLEMIA	DISFUNZIONI
0.2 g/L	Insicurezza; iniziale allungamento del tempo di reazione allo stimolo visivo.
0.3 g/L	Iniziale riduzione senso di profondità di campo (stereo-optometrico).
0.4 g/L	Riduzione riflesso corneale; peggiora l'abilità di guida a velocità sostenuta.
0.5 g/L	Disabilità di guida nel 25-30% dei conducenti, riduzione della percezione visiva laterale, lieve compromissione della capacità di giudizio.
0.65 g/L	Iniziali alterazioni dell'equilibrio.
0.8-1.2 g/L	Riduzione capacità di adattamento all'oscurità; compromissione della coordinazione oculo-motoria.
1.2-2 g/L	Riduzione tempi di reazione; iniziale diplopia; ebbrezza evidente; gravi disturbi dell'equilibrio; incapacità di valutazione delle distanze.
2-3 g/L	Disorientamento, confusione mentale, diplopia, marcia instabile.
3-4 g/L	Incapacità a mantenere la stazione eretta, stato stupefatto.
> 4 g/L	Coma, anestesia, areflessia.

Tabella *Correlazione tra alcolemia ed effetti psicocomportamentali* tratta da: FERRARA S.D., SENGHI R., FAVRETTO D., TERRANOVA C., COMACCHIO A., TOZZO P., VIEL G., *Nuove disposizioni del codice della strada in tema di alcol e sostanze stupefacenti. Problematiche Accertative e Doveri dei Sanitari*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2011; 2: 321.

Al raggiungimento dei valori contemplati si “presume” *ex lege* che corrispondano gli effetti riportati nella tabella allegata alla norma.

Diversamente, per le sostanze stupefacenti questa presunzione non può valere in termini assoluti poiché non tutti gli esami di laboratorio effettuati su liquidi biologici depongono per un'assunzione recente. Per cui, è necessario il ricorso ad accertamenti appropriati e/o ad altri elementi per dimostrare lo stato di alterazione psico-fisica.

Da un punto di vista più specificamente medico-legale, in via preliminare, si evidenzia, quindi, l'importanza di stabilire quale documentazione è necessario analizzare o richiedere, quali risultati possono consentire di concludere che vi è stata assunzione di sostanze alcoliche, psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni e se questa assunzione ha determinato - con criteri di alta probabilità logica o, perlomeno, di maggiore probabilità - effetti negativi sulla capacità di condurre veicoli a motore.

In primis, quindi, debbono essere identificati i documenti necessari che sono rappresentati dai verbali emessi dalle autorità di Polizia e di Vigilanza stradale, dal modello compilato dai sanitari del 118 eventualmente intervenuti, dai certificati o dai rapporti di Pronto Soccorso e/o dalle cartelle cliniche in caso di ricovero dell'assicurato infortunato, con gli allegati esami di laboratorio.

In altre circostanze, sarà utile acquisire documentazione sanitaria precedente all'evento di cui viene richiesta la tutela giuridica all'Istituto, poiché la sostanza rilevata potrebbe essere stata assunta con finalità terapeutica. Le notizie anamnestiche e gli eventuali certificati medici antecedenti possono fornire notizie adeguate al fine di stabilire se esisteva un'infermità per la quale poteva essere richiesta la somministrazione terapeutica di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni, di valutarne la posologia, gli effetti sulla capacità di condurre veicoli a motore correlati all'assunzione, gli elementi relativi alla loro conoscibilità da parte dell'assicurato.

È evidente che per il medico legale il dato relativo al tasso alcolemico o alla presenza di una sostanza esogena confermata da appositi test soverchia gli altri da cui dedurre le informazioni relative all'assunzione acuta di alcol o stupefacenti, quali quelli scaturiti dall'anamnesi e dall'obiettività registrate in sede clinica.

Certamente è preferibile la coniugazione e la congruenza di tutte le notizie disponibili, ma quelle desumibili dalle raccolte anamnestiche e dai rilievi obiettivi risultano caduci sotto il profilo medico-legale, se non supportate da evidenze laboratoristiche, rappresentando ulteriori elementi volti alla verifica della presenza di uno stato di alterazione psico-fisica al momento dell'esecuzione dell'accertamento.

L'esame obiettivo risente di differenze individuali sia relative al soggetto (si pensi agli assuntori abituali o cronici), sia relative ai medici che prestano le cure ed alla loro sensibilità a cogliere i segni di alterazione determinati dalle sostanze. Ancora, l'esame obiettivo condotto comunque ad un certo intervallo di tempo dalla verifica del sinistro, potrebbe non rilevare i segni di un'alterazione psico-fisica comunque all'epoca presente, in considerazione di rilievi laboratoristici positivi e validi, tanto più se quei segni sono stati innescati dalla risposta a stimoli esterni stressanti per l'organismo ed acuti, strettamente correlati alla dinamica dell'evento. In pratica, a riposo, potrebbe non essere così evidente l'alterazione dei riflessi dell'individuo che, viceversa, si sarebbe comunque potuta innescare in risposta ad uno stimolo esterno (ad esempio, visivo, sonoro, ecc.) di particolare intensità.

L'anamnesi, presenta i limiti medico-legali ben noti, per cui da essa si potranno trarre soltanto informazioni da incrociare necessariamente con i dati clinici e di laboratorio.

Le criticità aumentano se il rilievo degli effetti dell'alcol e/o della sostanza stupefacente eventualmente disponibile in documentazione fa esclusivo riferimento a quelli colti dagli Agenti di Polizia intervenuti sul posto, che certo medici non sono. In questi casi, in assenza di esami di laboratorio, non potrà essere formulato un giudizio medico-legale fondato in merito all'assunzione.

Quando a seguito del sinistro il lavoratore decede, sarà opportuno richiedere i verbali di esame autoptico, se effettuato (purtroppo, in molti sinistri stradali, si riscontra l'abitudine a conferire al Consulente medico-legale un incarico circoscritto soltanto all'esecuzione di un esame esterno, con tutti i limiti che conseguono nell'individuazione delle reali cause o concause del decesso), nonché i risultati degli esami tossicologici, se eseguiti.

Laddove questo dato fosse indisponibile, risulta solare che nessuna ipotesi potrà essere formulata e l'infortunio *in itinere*, per quanto di competenza, dovrà essere considerato regolare.

Se gli esami tossicologici sono disponibili, bisognerà valutarne i risultati attraverso un'analisi quali-quantitativa.

Per quanto attiene agli esami che consentono di riferire in merito all'abuso di sostanze alcoliche certamente dirimente è il valore dell'alcolemia (peraltro, ad essa si fa riferimento nel citato *Nuovo Codice della Strada* (tasso alcolemico). Quando sarà superiore ai valori consentiti dalla norma (0,5 g/l), allora si dovrà segnalare all'area amministrativa l'abuso di alcol.

Notizie aggiuntive potrebbero derivare da una visita neurologica o dalla descrizione delle condizioni del sensorio effettuate in prossimità dell'evento le quali, lo si ribadisce, da sole ed in assenza del citato esame diagnostico, rimangono prive di efficacia probatoria medico-legale¹⁸.

Vi è da dire che Vidoni e Borsetto avevano già affrontato in passato il tema degli infortuni *in itinere* con assunzione di alcolici: *«Il compito del medico legale, in riferimento all'argomento trattato, è quello di operare una ricostruzione a posteriori al fine di stabilire quali fossero le condizioni psico-fisiche del lavoratore al momento dell'incidente stradale, in riferimento ad una eventuale assunzione di alcolici ed alla capacità di condurre lo specifico mezzo di trasporto utilizzato. Elementi utili possono derivare dall'esame del verbale di Pronto Soccorso ospedaliero, qualora vi siano descritti dati sintomatici di assunzione recente di alcolici: alito vinoso, linguaggio sconnesso, andatura barcollante, confabulazione, stato confusionale, ecc. Si tratta in pratica dei sintomi caratteristici dell'intossicazione acuta da alcol che, seppur raramente, viene inserita in diagnosi dagli stessi sanitari ospedalieri. Una diagnosi clinica esplicita di intossicazione etilica acuta, supportata da descrizione della sintomatologia tipica e dal riscontro laboratoristico di elevata concentrazione ematica di alcol, rappresenta una prova inconfutabile dell'esistenza di un alterato stato psico-fisico da abuso alcolico»*. Sempre gli Autori proseguivano in tal fatta: *«Se all'accesso in Pronto Soccorso segue ricovero ospedaliero, nella cartella clinica viene inserito anche*

¹⁸ Non appare dirimente, nella formulazione diagnostica causale medico-legale, soprattutto per le assunzioni acute che qui interessa analizzare, il ricorso ad indicatori aspecifici di abuso cronico alcolico proposti da ROGGI M., MEOLA A., PANUCCIO B., PAOLI M., *Gli indicatori aspecifici di abuso cronico alcolico in una popolazione di infortunati sul lavoro*, in *Atti VIII Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010; 2: 1083.

l'esito dell'alcolimetria. Invece se dopo ultimati gli accertamenti in Pronto Soccorso il paziente viene inviato a domicilio, di solito nel verbale di Pronto Soccorso non figura il risultato del dosaggio alcolemico e per averlo dovrà essere formulata formale richiesta agli organi competenti che ne hanno stabilito l'effettuazione. Una volta ottenuto il valore della concentrazione di alcol etilico nel sangue del lavoratore al momento del prelievo, si pone il problema di risalire da questo valore alla concentrazione ematica di alcol nel momento in cui si è verificato l'incidente stradale, poiché è quest'ultimo livello ematico che può aver influenzato il comportamento del guidatore»¹⁹.

Risalire alla concentrazione reale al momento del sinistro sarebbe certamente auspicabile, ma deve pure rilevarsi come la norma preveda che il tasso alcolemico rilevato in sede di Pronto Soccorso debba essere utilizzato per stabilire se il soggetto versa o meno in uno stato di ebbrezza: «*Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcolemico 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. [...] Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico 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 secondo [...]».*

Pertanto, deve inevitabilmente prescindere dalle curve di assorbimento/eliminazione della sostanza in quanto suscettibili a troppe variabili (modalità e tempi di assunzione e di eliminazione, età, sesso, peso corporeo, ecc.) e partire dal dato obiettivo - identificato dalla norma - di rilievo di Primo Soccorso che, per solito, segue l'arrivo del soggetto in ospedale e, quindi, si colloca in un *range* temporale abbastanza ravvicinato alla verifica del sinistro (criterio legale)²⁰.

Il limite identificato di 0,5 g/l, rappresenta, quindi, lo *standard* di riferimento in base al quale valutare l'uso (al di sotto della soglia) e l'abuso (al di sopra della soglia).

Se il risultato è al di sotto del limite consentito, avventurarsi in ricostruzioni *ex post* sulla fase della curva in cui ci si trova al momento del rilievo (salita? discesa?)

¹⁹ VIDONI A., BORSETTO M.A., *Gli infortuni in itinere con utilizzo di un mezzo di trasporto privato e direttamente cagionati dall'abuso di alcolici*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2007; 2: 239.

²⁰ Sul significato di abuso di alcol, era già stato precisato che il «*criterio legale fa riferimento ad un dato rilevato al momento del prelievo del campione sul soggetto sorpreso alla guida in sospetto stato di ebbrezza o che sia coinvolto in un sinistro stradale*» (LA PECCERELLA L., GALLO M., ARENA E., BRAMANTE L., DI SORA A., GOGGIAMANI A., *L'infortunio in itinere: specificità in caso di tutela*, relazione in *VIII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010). Il criterio clinico, viceversa, definisce l'abuso come uso ripetuto che da luogo a comportamenti antisociali [ANDREOLI V., CASSANO G. B., ROSSI R. (a cura di), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*, Masson, Milano, 2007]. Il criterio clinico «*non sembra da solo sufficiente, perché riferito ad una condizione valutata nel tempo e non allo stato del soggetto al momento dell'evento*» (LA PECCERELLA L., GALLO M., ARENA E., BRAMANTE L., DI SORA A., GOGGIAMANI A., *L'infortunio in itinere: specificità in caso di tutela*, relazione in *VIII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010).

risentirebbe di eccessiva discrezionalità per cui il reperto di un valore inferiore - anche di poco - alla soglia consentita dovrà essere considerato come negativo²¹. Anche se alcuni Autori sottolineano la presenza di fattori di confondimento nell'esecuzione dei test alcolimetrici²², la "presunzione legale" che a determinate concentrazioni ematiche della sostanza si configura lo stato di ebrezza rappresenta allo stesso tempo punto di partenza e di approdo delle considerazioni medico-legali al riguardo: il dato grezzo ed oggettivo di valori al di sopra di quelli consentiti *ex lege* rilevati nella struttura ospedaliera deve portare alla conclusione che il soggetto, con ogni probabilità, si trovava nelle condizioni psico-fisiche corrispondenti - in base alla tabella di legge citata - al tasso alcolemico riscontrato. Tale accertamento, tuttavia, è per solito riservato a quei soggetti che non risultano coinvolti in incidenti stradali ma sono soltanto destinatari di accertamenti su strada da parte delle forze dell'ordine preposte. Nei casi in cui il lavoratore ha riportato lesioni fisiche - quelli che qui ci interessa analizzare - egli viene condotto presso la struttura sanitaria e, generalmente, sottoposto a prelievo ematico su richiesta degli organi competenti²³. Molto dibattuta, al riguardo,

- 21 Non si condividono, al riguardo, le considerazioni di FEOLA, DI CORATO e CASTRICA, laddove sostengono che nella norma «non si fa dunque riferimento ad un preciso valore del tasso alcolemico. Si parla in senso generico di abuso. È quindi da ritenere che l'ammissibilità della tutela verrà esclusa anche nel caso in cui il lavoratore presenti un tasso alcolemico inferiore a 0,5 g/l, sempre che si dimostri che l'infortunio subito sia conseguenza "diretta" (ma nel testo di legge non si dice "esclusiva") dell'abuso di alcol. Il che ulteriormente vale a confermare il divieto assoluto di bere per il lavoratore che si mette alla guida della propria auto» (FEOLA T., DI CORATO A., CASTRICA R., *Infurtuni in itinere. Aspetti medico-legali, norme giurisprudenza e dottrina*, Giuffrè, Milano, 2010: 43). La lettura fornita dagli Autori non appare in linea con una lettura del combinato disposto normativo dell'art. 12 del d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 e dell'art. 186 del *Nuovo Codice della Strada*.
- 22 Se pure nella differente ottica degli accertamenti condotti dal medico competente, è bene ricordare il contributo di BELLIA M., BELLIA S., COSTANZO V., BELLOFIORE G., *I fattori di confondimento nel test alcolimetrico*, in *Atti VIII Convegno nazionale di Medicina legale previdenziale*, Sorrento, 13-15 ottobre 2010; 2: 583. Anche per i cannabinoidi esistono sostanze in grado di determinare falsi positivi nelle indagini di *screening*. A titolo esemplificativo, già nel 2005 alcuni Autori segnalavano con un'indagine sperimentale che alcuni farmaci potevano portare a risultati falsamente positivi nelle urine per la ricerca dei metaboliti urinari dei cannabinoidi (occasionale riscontro di campioni urinari positivi al test di *screening* non confermati dall'analisi cromatografica) [de GIRONIMO A., MUSOLINO V., *Interferenza da acido niflumico/morniflumato nella determinazione dei cannabinoidi su autoanalizzatore ILAB 600*, in *Biochimica clinica*, 2005; 29 (3): 355].
- 23 Il percorso e le problematiche inerenti sono stati di recente riassunti da FERRARA S.D., SENGHI R., FAVRETTO D., TERRANOVA C., COMACCHIO A., TOZZO P., VIEL G., *Nuove disposizioni del codice della strada in tema di alcol e sostanze stupefacenti. Problematiche Accertative e Doveri dei Sanitari*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2011; 2: 321: «3.3. Accertamenti su conducenti coinvolti in incidenti stradali. Nel caso di conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti a cure mediche, i sanitari accertano lo stato di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti o psicotrope secondo i protocolli medici di pronto soccorso ed intervento, il cui esito viene acquisito dagli organi di Polizia Giudiziaria in base alla norma di riferimento. Al dovere giuridico dei sanitari di segnalare all'Autorità Giudiziaria l'esito positivo, si contrappone l'imperativo etico-giuridico-deontologico di informare il paziente circa gli atti diagnostici in corso ed acquisirne il valido consenso. In assenza del consenso dell'avente diritto l'effettuazione di tali atti può configurare la fattispecie di reato corrispondente alla violenza privata (ex art. 610 c.p.) o, in extrema ratio, alle lesioni personali volontarie commesse da pubblico ufficiale (ex art. 582 c.p.). Nei casi, invece, di incapacità del paziente di fornire un valido consenso (ad esempio nel soggetto in coma), i sanitari procedono all'approfondimento clinico-tossicologico a tutela della salute del paziente, fermo restando - in caso di esito positivo - il dovere di informativa nei confronti dell'Autorità Giudiziaria».

è la questione se il dato clinico relativo al prelievo di liquidi biologici possa essere utilizzato anche senza alcuna richiesta della Polizia stradale e senza il consenso dell'interessato, come evidenziato da una linea giurisprudenziale di rilievo penalistico²⁴.

Per ciò che riguarda gli psicofarmaci, lo scrimine deve essere rappresentato dall'abuso e, di conseguenza, dal superamento di ciò che rappresenta l'uso dello psicofarmaco. Emerge, quindi, la necessità di conoscere se la sostanza è stata prescritta da un medico e se la stessa viene assunta secondo la posologia indicata oppure è stata autosomministrata. Poiché l'uso degli psicofarmaci ammissibile non può che essere quello terapeutico, questo soltanto deve rappresentare lo *standard* di riferimento.

In passato è già stata prospettata la distinzione degli psicofarmaci in base a due criteri²⁵:

A) Criterio clinico

- Farmaci che agiscono in modo primario sulla psiche determinando una modificazione dell'umore, del pensiero e del comportamento.
- Farmaci che da soli o in associazione con altri principi attivi presentano rischi di abuso o farmaco dipendenza.

B) Criterio giuridico

- Sostanze identificate nel d.p.r. del 9 ottobre 1990, n. 309 *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e successive modifiche*²⁶.

²⁴ Rilievi critici ad una simile impostazione sono proposti da CERQUA F., *Dinamiche probatorie deviate nell'accertamento del reato di guida sotto l'influenza dell'alcol*, in *Rivista Italiana di Medicina legale*, 2012; 2: 662. Vi è da dire, tuttavia, che la Cassazione penale, sez. IV, con sentenza n. 26108 del 16 maggio 2012 aveva precisato che «I risultati del prelievo ematico effettuato per le terapie di pronto soccorso successive ad incidente stradale e non preordinato a fini di prova della responsabilità penale sono utilizzabili per l'accertamento del reato di guida in stato di ebbrezza, senza che rilevi l'assenza di consenso dell'interessato. (In applicazione di tale principio la S.C. ha affermato che, per il suo carattere invasivo, il conducente può opporre un rifiuto al prelievo ematico se sia finalizzato esclusivamente all'accertamento della presenza di alcol nel sangue)» (in senso conforme, *ex multis*: Cass. pen., sez. III, 4 novembre 2008 n. 1827; Cass. pen., sez. II, 9 gennaio 2008 n. 10286; Cass. pen., sez. I, 9 ottobre 2007 n. 4118; Cass. pen., sez. IV, 21 settembre 2007 n. 38537).

²⁵ LA PECCERELLA L., GALLO M., ARENA E., BRAMANTE L., DI SORA A., GOGGIAMANI A., *L'infortunio in itinere: specificità in caso di tutela*, op. cit. sub 20.

²⁶ D.l. 8 giugno 1992, n. 306, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356; d.l. 14 maggio 1993, n. 139, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 1993, n. 222; d.p.r. 5 giugno 1993, n. 171; d.lgs. 19 dicembre 1994, n. 758; legge 8 agosto 1995, n. 332; d.lgs. 12 aprile 1996, n. 258; legge 18 febbraio 1999, n. 45; d.l. 24 novembre 2000, n. 341, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 19 gennaio 2001, n. 4; legge 8 febbraio 2001, n. 12; d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405; legge 16 gennaio 2003, n. 3; legge 24 dicembre 2003, n. 350; legge 5 dicembre 2005, n. 251; d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49; d.m. 18 aprile 2007; d.m. 18 luglio 2007;

Detto riferimento risulta valido anche per le previsioni di cui alla seconda ipotesi di interesse prevista dall'art. 12 del d.lgs. del 23 febbraio 2000, n. 38 (esclusione dei infortuni *in itinere* direttamente cagionati dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni).

Sulla questione, si evidenzia la difficoltà di individuare i casi di uso terapeutico di allucinogeni. Ciò aveva portato a concludere che, nel caso di assunzione di allucinogeni, ricorre sicuramente la condizione di esclusione di indennizzo²⁷.

Il riferimento normativo per il *criterio giuridico* suddivide gli stupefacenti e le sostanze psicotrope in quelle contenute nella tabella I (tutte le sostanze con potere tossicomaniaco ed oggetto di abuso) ed in quelle inserite, assieme agli psicofarmaci, nella tabella II (sostanze ad attività farmacologica che sono usate in terapia).

Una delle problematiche maggiormente emergenti nell'analisi dei casi in discussione è rappresentata dalla pressoché costante mancanza di elementi documentali utili ai fini medico-legali. Sovente, infatti, gli esami di laboratorio disponibili non risultano sufficienti a soddisfare l'intera criteriologia propria della disciplina. In genere, si testano solo alcune sostanze quali:

- benzodiazepine;
- barbiturici;
- antidepressivi triciclici;
- metanfetamine.

Inoltre, le sostanze sono indicate solo per classi farmacologiche per cui difficilmente si riesce a stabilire qual è la sostanza assunta nel caso concreto.

La risposta, poi, è spesso solo qualitativa (positivo/negativo)²⁸.

La Corte di Cassazione, sez. IV, del 23 febbraio 2010, con sentenza n. 7270 stabiliva che: «*Ai fini della configurabilità del reato di cui all'art. 187 del Codice della Strada è necessario provare, attraverso accertamenti tecnico-biologici, che*

d.m. 25 settembre 2007; d.m. 19 febbraio 2008; d.m. 11 giugno 2010; d.m. 16 giugno 2010; d.m. 11 maggio 2011; d.m. 2 agosto 2011; d.m. 29 dicembre 2011; d.m. 11 giugno 2012; d.m. 24 ottobre 2012; d.m. 10 dicembre 2012; d.m. 25 giugno 2013; legge 16 maggio 2014, n. 79 (pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 115 del 20 maggio 2014, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale". Ulteriori aggiornamenti sono stati introdotti con l'articolo 1 del d.m. 08 gennaio 15, con l'articolo 1 del d.m. 10 febbraio 2015, con l'articolo 1 del d.m. 4 febbraio 2016 e, in ultimo, con l'articolo 1 del d.m. 10 febbraio 2016 (pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 51 del 2 marzo 2016) "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze HHMA, HMA e HMMA".

²⁷ LA PECCERELLA L., GALLO M., ARENA E., BRAMANTE L., DI SORA A., GOGGIAMANI A., *L'infortunio in itinere: specificità in caso di tutela*, op. cit. sub 20.

²⁸ *Idem*.

il conducente del veicolo guidava in uno stato di alterazione psicofisica dovuto all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, non essendo di per sé sufficiente la prova dell'assunzione di tali sostanze prima di porsi alla guida del veicolo»²⁹.

In via preliminare, è necessario stabilire quali accertamenti tecnico-biologici consentono di provare che il conducente del veicolo guidava in uno stato di alterazione psico-fisica dovuto all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Si tratta di definire, quindi, quale matrice biologica e quali risultati possano essere utilizzati per esprimere il giudizio.

Quando disponibili, i risultati di test effettuati riguardano per lo più indagini di *screening*, mentre raramente sono disponibili test diagnostici di conferma.

Nelle *Linee guida del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI)* si specifica che: «*il sistema di gestione per la qualità può essere limitato alla sola Analisi di screening, ovvero comprendere anche l'Analisi di conferma e/o l'Analisi quantitativa. Nel primo caso, il Laboratorio non potrà emettere referti con validità medico-legale, la quale richiede necessariamente l'invio del campione, in catena di custodia, ad un Laboratorio dotato di un sistema di gestione per la qualità delle Analisi di conferma e delle Analisi quantitative. Ciascun Laboratorio dovrà indicare, all'atto della dichiarazione dei propri requisiti, il campo d'estensione del sistema di gestione per la qualità»³⁰.*

È di tutta evidenza che, quando la suddetta catena non viene attivata, il dato o è indisponibile oppure risulta insufficiente.

Il *Nuovo Codice della Strada* prevede all'art. 187 la possibilità di sottoporre i conducenti ad accertamenti anche su campioni di liquidi biologici per accertare la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope, senza però specificare quali liquidi biologici debbano essere prelevati e quali accertamenti debbano essere effettuati.

²⁹ La sentenza è stata commentata da CIARLA: «*Il Collegio Supremo si pronuncia per la fondatezza della doglianza sollevata, ribadendo che la condotta tipica della contravvenzione ex articolo 187, commi primo e secondo, Codice della Strada, è quella di colui che guida in stato di alterazione psico-fisica determinato dall'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, e non semplicemente quella di chi guida previa assunzione di tali sostanze. Ne consegue che, ai fini della configurabilità del reato de quo, è necessario un accertamento tecnico-biologico, comprovante l'effettiva alterazione psico-fisica. Diversamente, tale accertamento scientifico non è richiesto per la responsabilità di cui all'articolo precedente ("Guida in stato di ebbrezza alcolica"), il quale richiede che vi sia una semplice prova sintomatica dell'ebbrezza o che il conducente del veicolo abbia superato i tassi alcolemici indicati nel secondo comma dell'articolo 186, C.d.S. Orbene nel caso in esame, poiché l'accertamento circa la responsabilità dell'agente non veniva supportato da analisi biologico-strumentali, vi era l'impossibilità di conoscere l'entità dell'assunzione e quindi provare la concreta alterazione delle capacità psico-fisiche; di guisa, il fatto non sussiste e gli ermellini annullano la sentenza impugnata senza rinvio» (CIARLA M.C., *La mera e previa assunzione di sostanze stupefacenti non integra il reato di guida in stato di alterazione psico-fisica*, in *Diritto e Giustizia* 2010; 0: 85).*

³⁰ *Linee guida per i laboratori di analisi di sostanze d'abuso con finalità tossicologico-forensi e medico-legali* - revisione n. 3 del 1 marzo 2010 a cura della Commissione Qualità del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI).

Sul punto vale la pena richiamare nuovamente le *Linee Guida* del GTFI: «*al fine di rilevare la presenza di sostanze esogene nel vivente i liquidi biologici cui si fa ricorso, per solito, sono costituiti dal sangue e dalle urine. Le Analisi tossicologiche con finalità diagnostiche prevedono l'esame di matrici convenzionali (sangue, urina, matrice pilifera) e/o di matrici alternative (saliva, sudore), i cui rispettivi esiti, da soli o in combinazione tra loro, forniscono elementi utili per una corretta diagnosi con valenza medico-legale in diverse fattispecie, quali guida sotto l'influenza di sostanze d'abuso, idoneità alla guida, infortunistica stradale, mansioni lavorative a rischio per l'incolumità e la sicurezza di terzi, porto d'armi, idoneità a specifiche norme concorsuali, affidamento di minori, annullamento di matrimonio, adozioni internazionali, diagnosi di consumo, diagnosi di effetto biologico ("sotto l'influenza di"), diagnosi di tossicodipendenza, ecc. [...] per la determinazione del consumo "recente" di sostanze d'abuso (con una finestra di rilevabilità temporale di ore-giorni a seconda delle caratteristiche farmacocinetiche della sostanza in questione) il campione d'elezione è l'urina. Tale campione può essere impiegato anche per la determinazione dello stato di assuntore cronico qualora l'Analisi sia estesa a più campioni raccolti in giorni diversi e "a sorpresa" (vale a dire con preavviso all'interessato il più breve possibile, comunque non superiore alle 24 ore). È inaccettabile, per diagnosticare l'effetto biologico prodotto da una sostanza d'abuso a scopo forense (ad esempio uno stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti), l'impiego della matrice urinaria. Ciò dal momento che la rilevabilità di una sostanza e/o di suoi metaboliti nell'urina può protrarsi anche oltre la sua completa eliminazione dal sangue (e quindi la cessazione dell'effetto biologico). È altresì inaccettabile, a tale fine, la rilevazione di metaboliti privi di attività farmacologica (es. benzoilecgonina, acido THC-carbossilico)».*

Nello stesso documento, inoltre, si evidenzia: «*L'impiego di un metodo di screening trova giustificazione in un Laboratorio di Tossicologia Forense quando vi è necessità di analizzare un elevato numero di campioni in tempi brevi e a costi contenuti. I metodi di screening impiegano tipicamente, ma non necessariamente si limitano, a tecniche colorimetriche, enzimatiche, e immunochimiche. I metodi di screening sono generalmente caratterizzati da costi contenuti, tempi di esecuzione rapidi, elevata o totale automazione e, per contro, specificità ridotta e elevata inaccuratezza del risultato quantitativo, in particolare quando nel campione sono presenti più specie chimiche in grado di essere rilevate ma non discriminate dal metodo (es. composto immodificato e suoi metaboliti). Questi metodi, per le loro caratteristiche intrinseche, producono esclusivamente un risultato di tipo presuntivo, vale a dire la probabile negatività o positività (meglio definita come "non negatività") del campione rispetto a un analita, o più spesso a una classe di sostanze, e relativamente a un valore di cut-off prestabilito. In ogni caso, quale che sia la specificità analitica del metodo di screening, è principio fondamentale della Tossicologia Forense che non può avere validità*

forense un risultato ottenuto attraverso un'unica prova documentale e che pertanto è obbligatorio che tale risultato sia supportato e confermato da un'analisi di conferma».

In conclusione, quindi, soltanto la positività “confermata” della presenza nel sangue consente di ritenere che il soggetto al momento del sinistro si trovava sotto l'effetto della sostanza, mentre una positività nelle urine consente esclusivamente di concludere che il soggetto aveva assunto la sostanza in questione, ma non permette una sicura collocazione cronologica dell'assunzione al momento dell'infortunio. In altre parole, poiché le sostanze esogene sono rilevabili nelle urine anche diversi giorni dopo la loro assunzione (tempi variabili a seconda del tipo), l'unica informazione certa che si trae dalla positività nel liquido biologico in questione è che il soggetto ha assunto la sostanza, ma non è possibile concludere che il soggetto, al momento del sinistro, si trovava - almeno *più probabilmente che non* - in uno stato di alterazione psico-fisica determinata dall'assunzione della sostanza esogena.

Quando i test di laboratorio possono essere ritenuti validi anche sotto l'egida dei principi di scientificità in precedenza enunciati, allora si dovrà valutare se effettivamente ricorrono, o meno, gli estremi di un'assunzione terapeutica della sostanza. In base alla documentazione sanitaria disponibile, si valuterà, ad esempio, se lo psicofarmaco o lo stupefacente erano indicati, se erano stati prescritti ed assunti nel dosaggio stabilito, se l'assicurato era affetto da patologie croniche che richiedevano terapia con psicofarmaci o stupefacenti, se la sostanza era prescrivibile solo con ricettario normato dal *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* (barbiturici, oppioidi, anfetamine) o se si trattava di autosomministrazione, ecc.

Ulteriori considerazioni dovranno essere formulate anche in merito alla conoscibilità da parte dell'assicurato degli effetti della sostanza assunta a scopo terapeutico sulla capacità di porsi alla guida, al fine di escludere l'ipotesi di rischio elettivo in precedenza discussa.

4. Assunzione delle sostanze esogene e nesso causale con l'evento lesivo

L'accertamento dell'avvenuta assunzione della sostanza esogena in misura tale da fondare la “ragionevole presunzione” che la stessa abbia determinato uno stato di alterazione psico-fisica nel soggetto, non costituisce ragione sufficiente per escludere l'indennizzabilità dell'evento lesivo.

Come già evidenziato, infatti, il legislatore esclude dalla tutela soltanto gli infortuni “direttamente cagionati” dall'abuso di alcol o psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o alucinogeni.

In altri termini, lo stato di alterazione psico-fisica è un presupposto necessario, ma non sufficiente, per l'adozione di un atto di diniego della indennizzabilità. A tal fine, infatti, è necessario altresì l'accertamento in fatto del nesso di causalità tra l'alterazione psico-fisica e l'evento.

L'accertamento del suddetto nesso di causalità non può essere fondato esclusivamente su quella presunzione che la Cassazione annette ai reati contravvenzionali di cui agli artt. 186 e 187 del Codice della strada, ai fini della irrogazione della relativa sanzione amministrativa.

I giudici di legittimità, infatti, con le sentenze citate nel precedente paragrafo, hanno affermato che l'abuso di alcol o l'uso di sostanze stupefacenti sono sufficienti a far presumere la potenziale pericolosità e, quindi, la sussistenza del reato contravvenzionale, ma non sono da soli sufficienti a far ritenere sussistente la responsabilità per i delitti di lesione o di omicidio colposi.

Sul punto, infatti, la Suprema Corte si è così pronunciata: «Una cosa è la ratio legis sottesa alla contravvenzione che sanziona la guida in stato di ebbrezza, ovvero il giudizio di astratta pericolosità di tale condotta per l'incolumità del conducente e degli altri utenti della strada; altra è l'oggetto della prova in relazione al delitto, per il quale occorre provare quale sia stato l'effettivo svolgersi dell'accadimento, ripudiando qualsiasi presunzione (nella specie, relativa ad un sinistro mortale nel quale era stato investito un ciclista ubriaco, la Corte ha ritenuta erronea la tesi difensiva dell'imputato che prospettava l'esistenza di una presunzione di condotta pericolosa in colui che si pone alla guida in stato di ebbrezza alcolica e da tale presunzione faceva derivare che l'accertamento giudiziario avente ad oggetto il reato di danno omicidio colposo dovesse assumere siffatta presunzione)»³¹.

Questo principio deve essere applicato anche ai fini, anche essi di natura sostanziale, della tutela antinfortunistica, di rango costituzionale, posto che l'art. 12 del d.lgs. n. 38/2000 prevede l'esclusione di detta tutela soltanto quando gli infortuni siano «direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni».

Al riguardo, peraltro, il giudizio del medico-legale non può che limitarsi all'accertamento della presenza della sostanza nell'organismo del lavoratore, in base alla documentazione disponibile ed alla significatività del risultato, e alla valutazione degli effetti che può aver provocato nell'organismo del soggetto al momento del sinistro.

Il frutto dell'epicrisi medico-legale, ai fini del giudizio sulla diretta riconducibilità, deve necessariamente integrarsi con una serie di altri pareri tecnici che esulano dalla sfera di competenza medica. All'esito di quest'analisi - la quale non può che essere multidisciplinare - si trarranno le conclusioni di cui quelle medico-legali rappresentano soltanto un segmento.

³¹ Corte di Cassazione, sez. IV, sentenza del 10 gennaio 2013, n. 4214.

Ogni ulteriore ricostruzione in termini di dinamica ed efficienza dello stato psico-fisico al determinismo dell'evento potrebbe, infatti, risultare del tutto aleatoria.

5. Un caso peculiare: le categorie di lavoratori per le quali è previsto il divieto assoluto di assunzione di alcol

Per alcune attività lavorative³², a causa dell'elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi, è fatto divieto assoluto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

In particolare, la legge del 29 luglio 2010, n. 120 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale", come detto, ha introdotto il valore di alcolemia pari a zero per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D ed E, oltre che per i giovani con meno di ventuno anni e per chi ha conseguito il titolo di idoneità alla guida da non più di tre anni.

Si pone il problema di quale valore soglia di alcolemia considerare nel caso di infortunio occorso *in itinere*.

A titolo esemplificativo, si può citare il caso di un conducente di autobus di linea che, terminato il proprio turno lavorativo, consuma una modica quantità di bevanda alcolica che fa salire il suo tasso di alcolemia dallo 0 g/l (previsto dalla legge per espletare in sicurezza la propria attività lavorativa) allo 0,2 g/l (al di sotto del limite di 0,5 g/l previsto per la popolazione generale) e, poi, si pone alla guida della sua autovettura per rientrare al domicilio. Se durante il tragitto viene coinvolto in un incidente stradale *in itinere*, quale deve essere il limite da considerare per rispondere al quesito posto al medico legale relativo all'abuso di alcol: 0 g/l oppure 0,5 g/l?

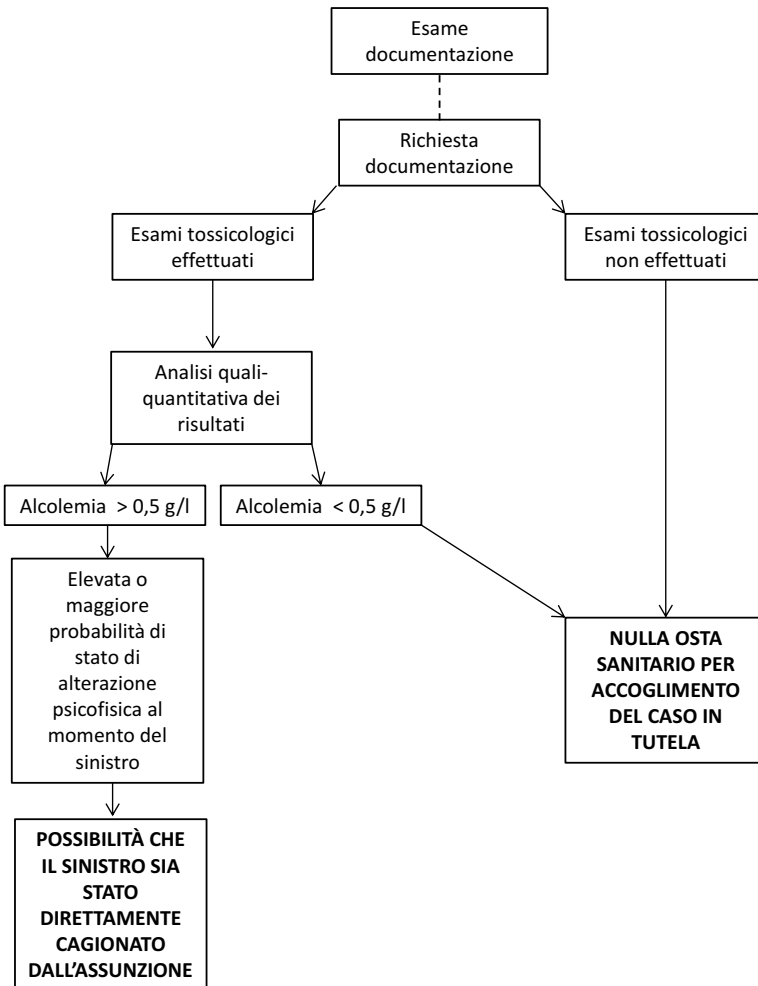
La questione appare di primaria importanza, in quanto una differente interpretazione dello *standard* di riferimento può comportare difformità di giudizio medico-legale sul territorio nazionale. In ragione di quanto fin qui esposto, soprattutto con riferimento alla presunzione di alterazione psico-fisica e al nesso di causalità, si ritiene di poter affermare che anche in questi casi il valore di riferimento debba essere lo 0,5 g/l, quello, cioè, valido per la popolazione generale, al cui superamento *ex lege* si associa lo stato di ebbrezza.

³² Le categorie sono descritte nell'allegato 1 al provvedimento del 16 marzo 2006, *Intesa alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano* in materia di *Individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125.*

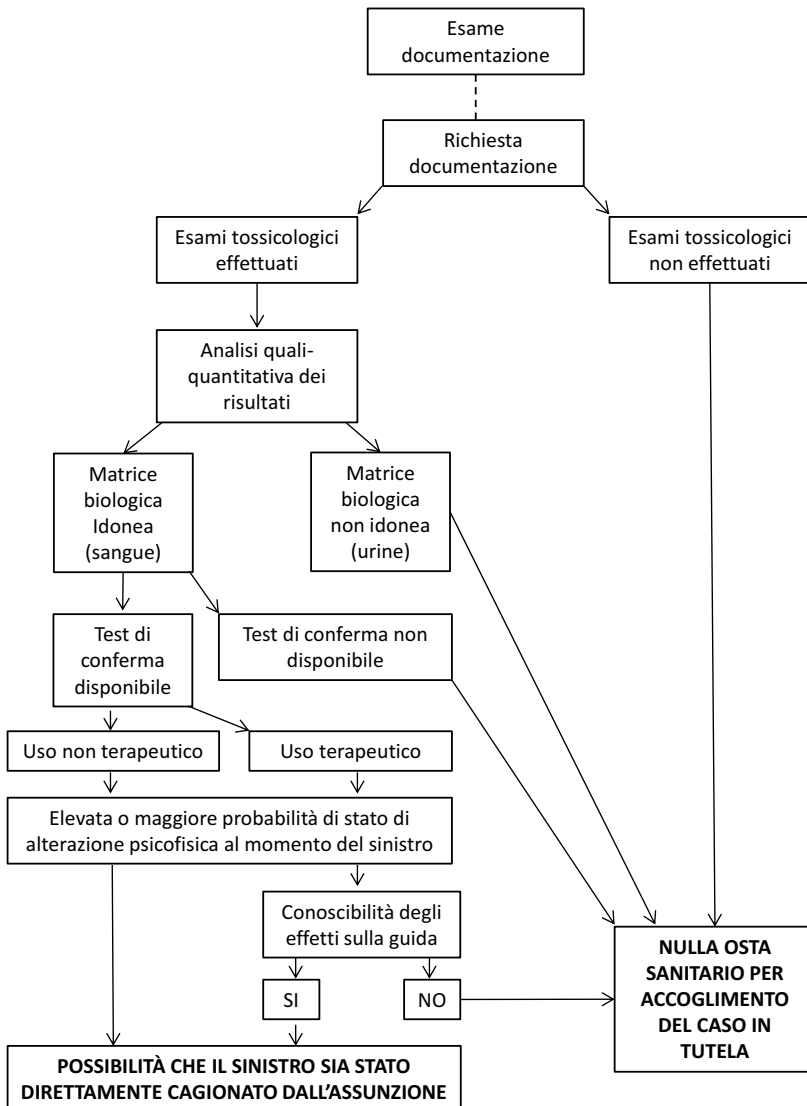
6. Conclusioni

Sulla scorta delle riflessioni dianzi formulate, è possibile esemplificare la metodologia operativa da utilizzare in questi casi ed individuare due algoritmi diagnostici, uno per l'alcol, uno per gli psicofarmaci, gli stupefacenti e gli allucinogeni, in grado di riassumere le differenti ipotesi che si possono presentare all'attenzione ed i difformi pareri medico-legali che ne possono conseguire.

ALGORITMO DIAGNOSTICO MEDICO LEGALE PER INFORTUNIO *IN ITINERE* DA INCIDENTE STRADALE (alcol)



**ALGORITMO DIAGNOSTICO MEDICO LEGALE PER INFORTUNIO *IN ITINERE*
DA INCIDENTE STRADALE
(psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni*)**



* Come specificato nel testo, per gli scriventi, nonostante la previsione normativa, l'uso di allucinogeni a scopo terapeutico non è ipotizzabile.

Il *primum movens* è rappresentato, dunque, dall'esame della documentazione pervenuta. Se la documentazione è incompleta, si formulerà una richiesta di integrazione, per ricavare notizie inerenti all'effettuazione di esami tossicologici ed i loro risultati (scheda 118, scheda certificato di Pronto Soccorso, cartelle cliniche, verbale di esame autoptico corredato da relazione tossicologica, scheda ISTAT, ecc.) e, in alcuni casi, allo stato *quo ante* dell'infortunato (certificazioni del medico curante, cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri o ad accessi in Pronto Soccorso, ecc. al fine di valutare gli estremi dell'assunzione terapeutica). La richiesta potrà essere formulata sia direttamente (richiesta documentazione sanitaria), sia per il tramite dell'area amministrativa (richiesta informazioni).

Il giudizio medico in base ai dati disponibili relativi agli accertamenti tossicologici sarà di regolarità per quanto attiene alla causa violenta ed esterna all'organismo del lavoratore e, su richiesta dell'area amministrativa, non potrà che riguardare la possibilità che l'assunzione - in base alla alta o maggiore probabilità di una conseguente alterazione psico-fisica al momento della verifica del sinistro (in base ai criteri in precedenza richiamati) - possa aver rivestito un ruolo causale ovvero concausale nel determinismo dell'evento, sulla base degli altri dati disponibili relativi al sinistro.

In altri termini, il medico legale dovrebbe limitarsi, in base alla documentazione disponibile:

- a valutare se vi è stata assunzione della sostanza;
- a valutare l'idoneità degli esami disponibili a dimostrare l'assunzione recente della sostanza;
- ad evidenziare l'uso terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- ad evidenziare gli elementi sulla conoscibilità degli effetti delle predette sostanze sulla capacità di guidare;
- ad esprimere, in base ai dati clinici e laboratoristici disponibili, un giudizio di alta o maggiore probabilità che il soggetto al momento del sinistro si trovasse sotto l'effetto di alcol o di sostanze esogene.

In base alla suddetta probabilità, il medico dovrebbe indicare soltanto la possibilità che il sinistro sia stato direttamente cagionato dall'assunzione. La trasformazione di detta possibilità in probabilità efficace sul piano giuridico non può, infatti, essere demandata *tout court* al medico-legale risentendo, come detto, di una serie di fattori estranei alla sua valutazione.

A questo parere medico-legale, invero, deve seguire la verifica di una serie di altri elementi relativi al sinistro stradale e ricordati in precedenza. Soltanto al termine di questa analisi (di non esclusiva pertinenza medico-legale) si potrà concludere che il sinistro è stato o meno direttamente cagionato dall'assunzione.

Mentre è possibile identificare un percorso metodologico che porti alla formulazione di pareri omogenei sul territorio nazionale in base ai dati disponibili al

momento dell'accertamento e relativi al possibile stato di alterazione psico-fisica in cui si trovava il lavoratore al momento dell'infortunio, la risposta che il medico legale può fornire relativamente alla diretta riconducibilità dell'evento all'assunzione di sostanze non può che essere parte di un più completo processo accertativo che deriva dalla *summa* di tutti gli elementi relativi, oltre che al comportamento dell'assicurato, alle caratteristiche ambientali, dei veicoli coinvolti, ecc. i quali certamente esorbitano la sfera medica.

RIASSUNTO

L'articolo 12 del d.lgs. del 23 febbraio 2000, n. 38 ha esteso la garanzia assicurativa Inail agli infortuni *in itinere*. Rimangono esclusi dalla tutela gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni. L'assicurazione non opera anche nel caso in cui il lavoratore infortunato risulti sprovvisto della prescritta abilitazione di guida.

Per solito, le problematiche relative agli infortuni *in itinere* si ravvisano nella fase amministrativa di istruttoria del caso (tipologia del mezzo, necessità del suo utilizzo, caratteristiche del luogo, necessità di interruzione o deviazione nel tragitto, compatibilità cronologica, ecc.). L'area medica può essere coinvolta nel processo quando si prospetta l'ipotesi di un eventuale abuso di sostanze alcoliche o di psicofarmaci o, ancora, l'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.

Sono state analizzate le criticità nel processo di accertamento medico-legale identificando, al fine di favorire una comune metodologia operativa, con algoritmi diagnostici per la formulazione del giudizio conclusivo.

SUMMARY

Since February 2000 the Inail warranty insurance has been extended to the *in itinere* accidents. There are some exclusions: events directly caused by the abuse of alcohol and drugs, or non-therapeutic use of narcotics and hallucinogens and events caused by people driving without the driving licence.

Normally the medical area is not involved in the "administrative regularity" decision process. The administrative verdict of regularity depends on the characteristics of the accident (type of vehicle, necessity of its use, characteristics of the site, needed interruptions or deviations, chronological compatibility, ecc.). Medical area is involved when there is a suspect of abuse of alcohol or drugs, or of non-therapeutic use of narcotics and hallucinogens.

In this paper we analyzed some critical steps of the medical legal method and created diagnostic flow chart, in order to fix one operating methodology to gain the final decision about the case.