

Sicurezza stradale: le novità normative nell'azione di prevenzione e controllo per il contrasto all'incidentalità stradale

Protocolli operativi per gli accertamenti della guida in stato psicofisico alterato

di Alberto Sola – Regione Emilia-Romagna – Gabinetto del Presidente della Giunta – Area Polizia Locale

Perché fare un protocollo operativo

Le nuove normative introdotte in tema di omicidio stradale hanno apportato nuove problematiche, in termini di costruzione della norma e ricadute operative, che si sono aggiunte a tematiche complesse già sul campo a cui si cercava di dare risposta.

L'attuazione dei controlli relativi agli art. 186 e 187 del C.d.S. passa frequentemente attraverso protocolli operativi sottoscritti dai diversi attori che si alternano nelle procedure dei controlli e dell'accertamento dei reati conseguenti.

Perché ricorrere a protocolli operativi condivisi, aggiungendo ulteriori norme e procedure quando già l'impianto legislativo pare dettagliato e puntuale in merito a definire quali sono le condotte vietate e quali le modalità di accertamento?

La risposta si trova in **modo emblematico in un articolo di giornale** comparso pochi mesi fa:



QUOTIDIANI LOCALI | LAVORO ANNUNCI ASTE NECROLOGIE GUIDA-TV

Corriere delle Alpi

COMUNI: BELLUNO FELTRE CORTINA PIEVE DI CADORE PONTE NELLE ALPI AGORDO LONGARONE

Colpì un poliziotto durante il soccorso: indagato un medico

I due hanno litigato e l'ispettore ha raccontato di essere stato colpito al torace. Lo sciatore s'è salvato di Gigi Sosso

TRIBUNALE GIUDIZIARIA OLTRAGGIO E RESISTENZA

ARABBA. Lo sciatore rischiava la morte: i soccorritori si sono messi a litigare. Il medico dell'ospedale di Agordo e il poliziotto del Soccorso piste di Arabba stavano facendo entrambi il loro lavoro. Il sanitario cercava di salvare un turista ceco di 57 anni in arresto cardiocircolatorio; l'ispettore aveva invece bisogno dei documenti per l'identificazione dell'uomo, che si era accasciato a Porta Vescovo, sulla pista di raccordo che porta alla seggiovia Arabba Fly.

Durante il battibecco scappano parole poco gentili e parte anche un pugno. Il medico bassanese [nome] è stato denunciato dall'agente, per oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale, oltre che per rifiuto d'indicazioni sulla propria identità personale. E ora rischia il rinvio a giudizio, dopo aver ricevuto l'avviso di fine indagini dal procuratore.

Situazione limite ma che riassume le frizioni e le difficoltà che ciclicamente accadono ogni volta che istituzioni diverse affrontano problematiche complesse assieme.

In caso di controlli ai sensi dell'art. 187 C.d.S. la filiera della procedura vede l'intervento di vari soggetti, l'organo di polizia stradale, il personale medico, il laboratorio che farà le analisi, la procura, ecc. Ognuno di questi soggetti normalmente deve gestire oltre che l'evento che stiamo trattando anche una serie di altre attività contestuali, altre priorità, deve attenersi a procedure definite dalla sua organizzazione oltre che ad aderire ad interpretazioni normative e procedurali non univoche, mediando il tutto, con le proprie posizioni ideologiche.

Circa la questione dell'interpretazione normativa, il sistema prevede situazioni tipizzate, ma la realtà non è bianca o nera e non aderisce mai

perfettamente alle fattispecie, se così fosse, non servirebbero i giudici. Ci sarà sempre bisogno di interpretare le situazioni e ricondurle alle fattispecie tipizzate. Tanti più sono i possibili soggetti coinvolti e tanto più sarà complesso trovare procedure, iter ottimali che diano soluzione ai problemi concreti.

La pianificazione e la condivisione che trovano risposta nella definizione di protocolli operativi mirano ad evitare le frizioni altrimenti ricorrenti, che saranno spostate in sede di contrattazione dei contenuti anziché consumate durante lo svolgimento degli interventi.

Altro punto non di secondaria importanza lo rintracciamo nella capacità dei protocolli operativi di trovare soluzioni e dare risposte ai vuoti e dubbi normativi, tipici di una materia complicata ed in

continua evoluzione come quella delle sostanze stupefacenti in relazione al C.d.S.

I protocolli

I protocolli operativi che abbiamo conosciuto fino ad oggi non contemplano il tema della recente riforma del cosiddetto “omicidio stradale” ma ci consegnano un insieme di buone pratiche ed esempi di soluzioni che potranno rappresentare una solida base di partenza per le intese che in futuro saranno condivise.

Significata sul tema della guida in stato di alterazione psicofisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti, è l'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Prefettura di Bologna raggiunta a fine 2009, supportata dalle delibere di Giunta regionale n. 521 e 1804.

L'intesa si compone di due distinti protocolli operativi ma che hanno forti legami e che se affrontati in modo unitario portano ad avere una visione più complessiva dei fenomeni ed a risultati più efficaci.

Il primo affronta il tema dei controlli sulla guida in stato di alterazione da stupefacenti e le procedure di accertamento dei conseguenti reati contemplati dell'art. 187 C.d.S. E' un protocollo che lavora in modo analogo a quello previsto dal progetto *Drugs on street* promosso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri ed attuato anche a Modena.

Come funziona: vengono definiti dei calendari condivisi di servizi mirati tra le varie polizie del territorio, il dispiego delle pattuglie vede il supporto di medici della polizia di stato o della croce rossa che fanno l'anamnesi dei conducenti ed i pretest qualitativi non invasivi su strada. Poi parallelamente è prevista la predisposizione, presso gli ospedali limitrofi alle aree dei controlli, di corsie preferenziali di accesso, così da non interferire con il normale flusso al pronto soccorso che sappiamo creare sempre complicanze, sia perché i prelievi presso l'ospedale sono un intervento di polizia con un soggetto alterato svolto mescolandosi con persone infortunate o malate che necessitano invece di cure a volte molto urgenti, sia perché in tal modo i tempi di questa parte della procedura risultano più rapidi e definibili a priori, almeno in linea di massima. In concreto i prelievi non sono svolti in strada ma presso gli ospedali attraverso corsie preferenziali di accesso agli ambulatori. Questo sistema garantisce efficienza e costi decisamente inferiori rispetto alla scelta di svolgere anche questa parte sul luogo dei posti di controllo.

Altro tema affrontato è stato quello del tipo di prelievo da svolgere, definendo in modo chiaro che l'unico esame a cui sottoporre il fermato è quello ematico, abbandonando il test sulle urine dato che la letteratura medica indica come non utile a dimostrare una assunzione contestuale o prossima ai fatti ma può risalire nel tempo anche di vari giorni comportando la conseguenza giurisprudenziale di non essere sufficiente a fornire le dovute prove di una guida in condizioni di alterazione correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

Questo protocollo ha permesso di coinvolgere tutti gli organi di polizia, il mondo sanitario, dall'USL alle aziende ospedaliere del territorio, il laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università di Bologna, per trovare una strada comune alla risoluzione delle problematiche insorgenti.

Interessante come lavorando assieme oltre che alla condivisione delle forze possano trovarsi quasi naturalmente le soluzioni ai problemi che progressivamente insorgono. Un esempio su tutti: in considerazione del fatto che i prelievi a volte avvengono anche a distanza di alcune ore dai fatti (es. incidenti stradali) i rappresentanti del laboratorio di tossicologia segnalavano come per documentare un'assunzione che producesse effetti al momento della guida fosse necessario conoscere e quindi che fosse indicato nelle modulistiche, l'orario della richiesta, del prelievo e del fatto inteso come incidente stradale o guida a cui si riferiva il campione. Con questi dati precisi, in laboratorio si possono ricercare non solo gli stupefacenti ma anche i loro metaboliti, vale a dire le sostanze in cui il nostro organismo trasforma alcuni stupefacenti così da documentare in maniera attendibile le condizioni della persona al momento dei fatti d'interesse.

Il secondo consiste nella costruzione di un sistema di sorveglianza ed allerta rapida sulle sostanze stupefacenti. In concreto è un sistema di interscambio delle informazioni acquisite dai vari soggetti

che si occupano di contrasto all'abuso delle sostanze stupefacenti con un obiettivo di sanità pubblica.

Le polizie dello stato e locali del territorio di Bologna, le strutture sanitarie ospedaliere, i SERT, i servizi sociali del comune, il laboratorio di tossicologia forense, il privato sociale, riuniti attorno ad un tavolo hanno individuato una modalità comune di scambiarsi dati ed informazioni raccolte durante le proprie attività, allo scopo di tenere monitorato il fenomeno del consumo degli stupefacenti e quando necessario diramare allarmi, o rivolti agli aderenti al protocollo per i loro fini istituzionali o, addirittura, rivolti all'intera popolazione.

Erano previsti due livelli di lavoro, un primo composto da un gruppo, a cui aderivano rappresentanti di tutti gli aderenti attraverso, il quale venivano raccolti e restituiti a tutti le informazioni acquisiti durante le proprie attività. L'Osservatorio Metropolitano Epidemiologico Dipendenze Patologiche ha concordato con ogni soggetto quali erano le informazioni che potevano essere raccolte e dopo una specifica rielaborazione le metteva a disposizione di tutti gli aderenti.

Un secondo livello prevedeva un gruppo di lavoro ristretto che valutava le informazioni ed i casi più rilevanti per decidere se e quando diramare le allerte.

Questo metodo di lavoro ha innanzitutto portato tutti i soggetti che lavorano su questi temi a conoscersi e confrontarsi e già questo è un risultato eccezionale, ma dall'altro ha avviato un percorso di condivisione e sinergia. Ha permesso a tutti di avere un quadro più completo di cosa accade sul territorio.

Siccome i problemi sono molto complessi legare i controlli su strada ai sensi dell'art. 187 C.d.S. al sistema di monitoraggio ed allerta rapido ha permesso di affrontare il tema nella sua complessità, portare ad una maggiore sensibilità nelle istituzioni e nella popolazione.

Due esempi di allerta lanciati:

Ovuli di Hashish sequestrati all'aeroporto che avevano una concentrazione di principio attivo molto più alti del consueto. Foto del loro aspetto e caratteristiche chimiche.

Sapere che in circolazione ci sono questi prodotti anomali può essere utile a tutti gli attori del protocollo, dagli ospedali che possono aspettarsi accessi dovuti all'assunzione di questa sostanza, le polizie che sanno di questa presenza, le unità di strada che possono allertare i giovani, ecc.

Un altro allarme lanciato descrive dell'accesso ai pronto soccorso di persone che avevano assunto cocaina ed avevano avuto gravi conseguenze fisiche di rhabdomiolisi (una forma di rottura delle cellule muscolari e del loro rilascio nel sangue). Per i pronto soccorso sapere che possono arrivare casi di questo tipo permette loro di accelerare i processi di diagnosi e cura di questi pazienti.

Come tutti sappiamo l'informazione è alla base di qualunque azione o attività, tanto più quanto le informazioni sono attendibili e qualificate.

Altro esempio di protocollo è quello siglato nel febbraio scorso nella provincia di Reggio, tra l'ASL di Reggio Emilia, le aziende ospedaliere e le forze di polizia del territorio per affrontare il tema degli accertamenti per provare la guida in condizioni alterate dall'assunzione di stupefacenti o la guida in stato d'ebbrezza da alcool. Anche qui sono state definite modulatoria, tipologia di prelievi da svolgere (sangue/urina), iter procedimentale. A differenza dei protocolli bolognesi, questo si concentra, non tanto sulla problematica generale della guida in stato di alterazione, quanto sull'aspetto procedurale della prova dell'assunzione di sostanze o abuso di alcool in caso di controlli o incidenti stradali. L'iter viene differenziato nel caso in cui la persona sia cosciente o non cosciente e se acceda all'ospedale come paziente del pronto soccorso o accompagnato dall'organo di polizia per i soli prelievi biologici.

I temi aperti

Tutti questi protocolli sono stati utili per affrontare il tema, in particolare, quando si organizzava un piano di controlli mirati, quindi le strutture erano pronte per svolgere le proprie specifiche attività relativamente, controlli, visita medica, prelievi.

Ora sul tappeto si apre un nuovo tema che è quello dell'omicidio stradale, con particolare riferimento ai prelievi coattivi ad esempio e resta un altro tema che i protocolli hanno lambito ma non definitivamente risolto, cioè quello dei controlli episodici, quando accade un incidente, quando una pattuglia di polizia si imbatte in una potenziale guida in stato di alterazione. Qui non abbiamo tutta la macchina pronta e predisposta per affrontare il caso, ma questo evento si innesta nell'ordinarietà fatta di altro.

Quali protocolli futuri

Su questi terreni i protocolli, partendo dai risultati raggiunti fino ad oggi, possono svolgere un ruolo molto interessante e fondamentale nel tentare di andare a dare risposte anche a queste aree in modo puntuale e condiviso, a patto che si tengano in debita considerazione alcune riflessioni.

Sarà fondamentale che i protocolli non abbiano come obiettivo quello di costruire una procedura dove ogni aderente si concentra nel fare bene il suo pezzettino. In questo caso rischiamo di realizzare compiutamente la teoria dell'*Incapacità Addestrata* di Merton, vale a dire che all'interno di un'organizzazione burocratizzata, come sono le nostre, nel momento in cui ho preparato meticolosamente gli addetti nella conoscenza delle regole, alle procedure scelte e questi si abituano ad applicarla in modo rigoroso e puntuale ho gettato le basi per bloccare il sistema. Se tutti si attenessero rigidamente alle procedure ed alle mansioni attribuite non si andrebbe avanti. Principi alla base del cosiddetto sciopero bianco. Più banalmente realizzare bene il proprio pezzettino senza avere una visione completa della procedura, un orientamento al *problem solving* ed una condivisione degli obiettivi sarebbe come per un calciatore fare gol ma assistere alla sconfitta della sua squadra.

Occorre approcciarsi ai protocolli con l'obiettivo di risolvere il problema posto e impegnarsi perché i singoli partecipanti si adoperino non solo per fare bene il compito attribuito ma per attivarsi per affrontare il problema e dare il proprio contributo per risolverlo.

Individuato il tema, condiviso gli obiettivi generali con i vari soggetti, riempiti di contenuti ed arrivati alla sottoscrizione i protocolli necessitano di ulteriori 2 condizioni che sembrano banali ma che in realtà non sempre vengono fatte con la dovuta attenzione portando così le intese a morire progressivamente:

- 1- prevedere un monitoraggio sull'effettiva loro attuazione
- 2- costituire gruppi di lavoro per una manutenzione periodica e costante

E' senz'altro necessario prevedere all'interno dei protocolli dei momenti di verifica periodica e la costituzione di gruppi di lavoro dove i rappresentanti dei vari enti aderenti abbiano la possibilità di condividere ed apportare i correttivi necessari ritenuti necessari, togliere dei pezzi o aggiungerne altri anche in funzione delle modifiche normative intervenute e dei nuovi problemi insorgenti.

Questi soggetti dovranno essere i riferimenti del protocollo così da potere interfacciarsi direttamente al sorgere delle problematiche per trovare assieme le soluzioni ed evitare così l'avverarsi di quanto accaduto sulle piste da sci pochi mesi fa.

Solo così i protocollo svolge la sua potenzialità di potente mezzo per creare network di lavoro efficienti e soprattutto vivi.

Alcuni dati

Ne vale la pena dedicare tante energie a queste proposte?

La risposta la troviamo nei dati sull'incidentalità stradale della nostra regione e della provincia di Modena:

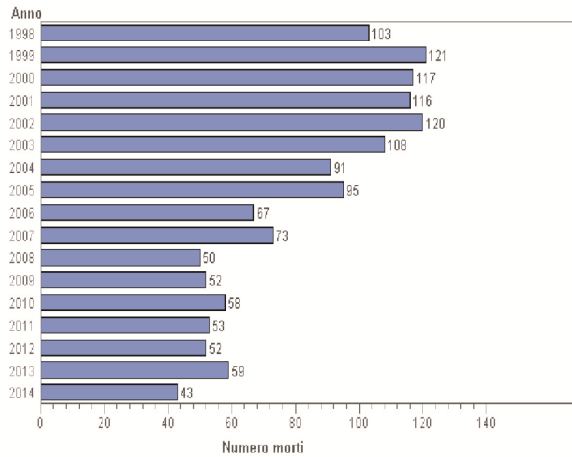
i decessi da incidente stradale nella provincia di Modena sono passati dagli oltre 120 dell'inizio del 2000 ai 43 del 2014 e i dati ancora provvisori del 2015 ci dicono che sono stati 43;

se consideriamo i dati regionali, si passa dagli oltre 800 del 2000 ai 327 del 2014 che sono diventati

326 nel 2015 (dato provvisorio).

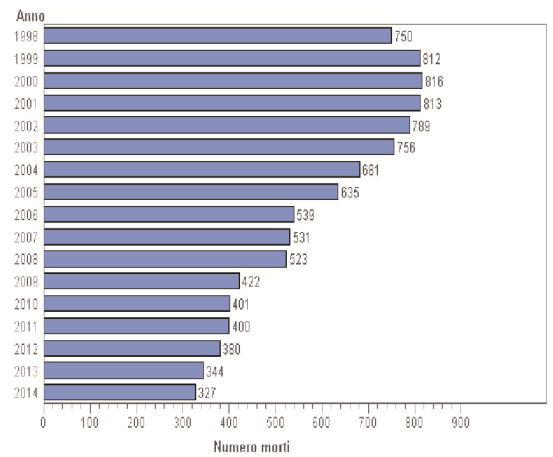
Notiamo che l'obiettivo dell'Unione Europea di dimezzare i decessi sulla strada nel decennio 2001-2010 in Emilia-Romagna è stato raggiunto a differenza che in Italia nel suo complesso. Peraltro il nuovo obiettivo di un ulteriore dimezzamento nel decennio 2011-2020 ci pone l'asticella a circa 200 decessi in regione ed a circa 30 nella provincia di Modena.

Numero morti per Anno - province: Modena - Serie storica dal 1998 al 2014



Fonte: ISTAT

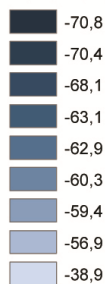
Numero morti per Anno - Emilia-Romagna - Serie storica dal 1998 al 2014



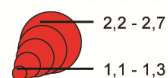
Fonte: ISTAT

Dal 2001 al 2014 il calo della mortalità sulle strade della nostra regione, su base provinciale ha toccato cali di oltre il 70%.

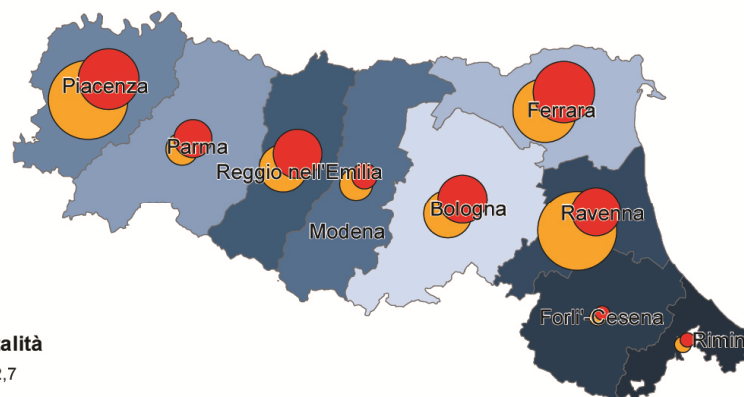
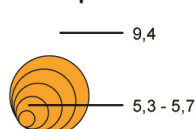
Variazione % dei morti 2001-2014



Indice di mortalità



Morti per 100.000 abitanti



Conclusione

Da questi numeri ricaviamo due elementi:

- 1- ancora oggi in regione muoiono oltre 300 persone all'anno a causa di incidenti stradali
- 2- grazie al lavoro di tutti coloro che oggi sono qui rappresentati e che quotidianamente si impegnano per la sicurezza sulle strade, nel 2014, non sono morte 500 persone.

Da qui dovremo trovare l'orgoglio della consapevolezza dei risultati raggiunti e l'energia per continuare ad impegnarci, se possibile più di prima, per migliorare ulteriormente la sicurezza stradale e salvare altre vite.