

SUI REQUISITI PSICHICI PER LA GUIDA.

Michele LEONI

A norma dell'art. 119 del Codice della strada, non può conseguire la patente di guida chi è affetto da malattia psichica o minorazione psichica.

A sua volta, poi, l'art. 320 del regolamento di esecuzione del Codice della strada (appendice II) specifica che per malattie psichiche devono intendersi le turbe psichiche in atto dovute a malattie o traumatismi o postumi di interventi chirurgici sul sistema nervoso centrale o periferico, ritardo mentale grave, psicosi, turbe della personalità.

Queste condizioni, ovviamente, sono ostative quando non sono compatibili con la sicurezza alla guida, in quanto è sempre salva una diversa valutazione da parte dell'apposita commissione medica, la quale, al riguardo, può avvalersi della consulenza specialistica presso le strutture pubbliche.

Come si può già notare dal raffronto delle due norme, e posto che la norma di regolamento dovrebbe essere esplicativa di quella codicistica, fra di esse vi è una discrasia, in quanto, mentre l'art. 119 del Codice della strada opera una bipartizione di massima fra malattia psichica e minorazione psichica, la norma di regolamento pare invece accomunare in una più vasta e onnicomprensiva tipologia di malattia psichica anche condizioni che, più esattamente, sembrerebbero da ricondurre alla minorazione psichica (postumi di traumatismi o interventi sul sistema nervoso centrale o periferico, e ritardo mentale grave, ossia una insufficienza psichica quale quella indotta, ad esempio, dall'oligofrenia o dalla demenza).

Si tratta forse, e comunque, di una indicazione legislativa imprecisa ed approssimativa.

D'altro canto, tutto il dettato normativo sopra richiamato presta il fianco a critiche sul piano semantico prima ancora che disciplinare.

A cominciare dalla evidente tautologia in cui il legislatore è caduto laddove ha definito le malattie psichiche "turbe psichiche in atto dovute a malattie".

Forse, con questa formula infelice, ha inteso riferirsi ai riflessi psichici di malattie organiche, ma, se anche così fosse, non si può non obiettare che anche le malattie psichiche primarie (schizofrenie, paranoie) sono malattie che determinano delle turbe, ossia dei comportamenti anomali e patologici, e che le turbe non sono malattie, ma le modalità con cui una malattia si estrinseca ("turba", infatti, non è un'indicazione nosografica, ma un termine corrente, dal significato assai lato di "disturbo, alterazione di una funzione", che risale al greco "*tyrbe*", sostanzialmente, "disordine").

In ogni caso, i potenziali problemi che sorgono dalla considerazione dei requisiti psichici necessari per il conseguimento della patente di guida non nascono da una infedele o inadeguata formulazione normativa, in quanto, in ogni caso, termini generici come malattia psichica o disturbo psichico, ai quali tutta la problematica è legittimamente riconducibile, sono esaustivi del campo che essa abbraccia.

Nel senso che occorre in ogni caso indagare se il candidato al conseguimento della patente è affetto o meno da una *qualsiasi* malattia o disturbo psichico, con esclusivo riferimento al sapere psichiatrico, e ciò a prescindere dalle confusionarie specificazioni legislative.

La questione, tuttavia, anche così posta, resta assai complessa.

Per trovare un riferimento giuridico consolidato, almeno sul piano giurisprudenziale, sulla nozione di malattia mentale (visto che questa, in ogni caso, è la lettera della legge), occorre richiamare, per quanto può rilevare almeno sul piano sistematico, la giurisprudenza penale che si è formata al riguardo, in relazione al vizio di mente.

La Corte di Cassazione, tuttavia, su questo versante non ha ancora superato le concezioni organicistiche della malattia mentale, le quali da decenni sono a base del suo indirizzo prevalente, orientato a individuare, come comune denominatore del disturbo psichico giuridicamente rilevante, una lesione cerebrale immediatamente obiettivabile, e quindi a lasciare in ombra il dato comportamentale (che non sia abnorme e tale da richiedere l'internamento in una struttura protetta).

Anche nel tempo più recente, infatti, la giurisprudenza penale della Suprema Corte, nelle definizioni della malattia mentale riferibili al vizio di mente, ha mantenuto un fermo ancoraggio a idee e nozioni rigide, imperniate sulla ineludibile presenza di una grave compromissione del cervello o della personalità.

Così, si sono ritenute malattie di mente rilevanti in diritto solo quelle “in senso stretto, cioè le insufficienze cerebrali originarie e quelle derivanti da conseguenze stabilizzate di danni cerebrali di varia natura, nonché le psicosi acute o croniche”, queste ultime, in particolare, “contraddistinte da un complesso di fenomeni psichici che differiscono da quelli tipici di uno stato di normalità per qualità e non per quantità, come accade invece per il vasto gruppo delle ‘abnormità psichiche’, quali le nevrosi e le psicopatie, che non sono indicative di uno stato morboso e si sostanziano in anomalie del carattere e della sfera affettiva”. (1)

Malattia mentale, inoltre, sarebbe solo “quella medico-legale, dipendente da uno stato patologico serio che comporti una degenerazione della sfera intellettuale o volitiva dell'agente”², variamente definibile anche quale “alterazione anatomico-funzionale della sfera psichica”, non assumendo alcuna pregnanza quindi le semplici “alterazioni di tipo caratteriale e i connessi disturbi della personalità”. (3)

A volte la Corte ha ammesso che “nella categoria dei malati mentali potrebbero rientrare anche dei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie”, ma solo nel caso che “queste si manifestino con elevato grado di intensità e con forme più complesse, tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi”. (4)

In ogni caso, quindi, ha sostenuto ancora la Corte, la malattia mentale giuridicamente riconoscibile resta quello “stato patologico che incide sui processi intellettivi e volitivi della persona”, oppure si identifica in quelle “anomalie psichiche che, seppure non classificabili secondo precisi schemi nosografici perché sprovviste di

(1) Cass. pen. 13.5.1993, n. 4954, Cass. pen. 5.6.2003, n. 24614.

(2) Cass. pen. 17.11.1997, n. 10422, Cass. pen. 9.4.2004, n. 16940.

(3) Cass. pen. 27.1.1998, n. 1978, in *Cass. pen.*, 1999, 2112.

(4) Cass. pen. 16.4.1997, n. 3536, Cass. pen. 24.4.2003, n. 19532.

una sicura base organica, siano tali, per la loro intensità, da escludere totalmente o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere”. (5)

È chiara quindi la perseveranza di questa giurisprudenza su canoni superati, quali la pretesa di ancorarsi sempre e comunque a classificazioni nosografiche rigide o, in alternativa, a manifestazioni comportamentali eclatanti ed abnormi, tali da rivelare una destabilizzazione psichica eccezionale.

Improprio, peraltro, è anche il presupposto su cui si fondano queste affermazioni, ossia la suddivisione della psiche umana in tre distinti compartimenti quasi stagni, la sfera intellettuale, quella volitiva e quella affettiva, ove di volta in volta collocare lo stato morboso, con il corollario, del tutto inaccettabile, che i disturbi della sfera affettiva sono privi di rilievo, in quanto, come si è affermato al di fuori di qualsiasi cognizione in materia e con apodittica superiorità, avrebbero “natura *transeunte*” e costituirebbero “il naturale portato di stati emotivi e passionali”. (6)

In relazione a tutto questo, si deve invece osservare che oggi la psichiatria, ossia il sapere che regola l'imprescindibile sostrato empirico, naturalistico, tecnico-scientifico di riferimento, ha fondamenti ben diversi e distanti, avendo compiuto progressi **inauditi** a confronto di simili asserzioni, avulse anche da consapevolezze culturali oggi elementari (a partire dalla dimensione profondamente integrata che la persona umana ritrova nella unità non solo di psiche, ma anche di mente e soma).

La moderna e riveduta lettura del disturbo psichico, peraltro, mal si concilia con le certezze a cui il diritto ambisce, anche perché la messa a fuoco delle patologie mentali e delle eziologie che le riguardano è tuttora un ambito problematico molteplice e vastissimo.

Oggi, la classificazione dei disturbi psichici è contenuta in un testo, il Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM), universalmente riconosciuto dalla comunità medica e psichiatrica, il quale contiene un'elencazione dettagliata e capillare di tutti i quadri delle anomalie e dei disagi psichici (indagati e analizzati principalmente con l'osservazione statistica delle manifestazioni comportamentali), per come, quindi, così generalizzabili.

Si tratta, in altri termini, di ricognizioni su base probabilistica, fondate sulla concorrenza di più indici comportamentali e sulla conseguente, verosimile diagnosi che se ne può formulare.

Il disturbo psichico, come entità nosograficamente individuabile, dunque, è già in sé è un'astrazione distante da parametri certi e inconfutabili.

Si può quindi comprendere quanto arduo sia risalire dal caso concreto a una diagnosi, e, ancora di più, quanto difficile sia affermare un nesso eziologico fra tutti i possibili fattori che possono avere contribuito a integrare uno stato psichico di sofferenza o anomalia, tanti dei quali affondano nel vissuto della persona, nella sua infanzia, nella sua educazione, in traumi a volte nemmeno percepiti come tali e quindi denunciabili, nella concomitanza o negli strascichi di altre concause di disagio (retrodatibili perfino alla vita prenatale).

Tutte queste argomentazioni non possono, qui, essere trascurate *de plano*, dato che, come si è detto, ogni volta che si discute di norme e di diritto, si versa comunque in un ambito ordinamentale che deve mantenere una sua univocità sistematica.

(5) Cass. pen. 22.5.2002, n. 22765.

(6) Cass. pen. 5.6.2003, n. 24614.

Ovviamente, esse peraltro, vanno opportunamente calate nell'ambito proprio della circolazione stradale, con la variante aggiuntiva del riferimento imprescindibile all'attitudine alla guida.

È infatti chiaro che l'indicazione dei disturbi psichici formulata dalle norme sopra citate non può prescindere da un concomitante fattore *attitudinale*.

E questo, inevitabilmente, dilata il raggio di implicazione delle varie "turbe psichiche, psicosi, turbe della personalità" a cui le suddette norme rinviano, in quanto, se, *in primis*, occorre valutare quando un disturbo psichico di questo genere possa dirsi effettivamente presente o comunque emerso, occorre poi valutare anche la misura in cui esso incide sulla capacità di guida, la capacità di stare sulla strada, e, naturalmente, la misura in cui può pregiudicare questa capacità.

Lo scenario, dicevamo, è complesso, e anche sfuggente, in quanto, ad esempio, il termine "psicosi" riassume in sé tutte le affezioni psichiatriche in cui vi è distacco dalla realtà, ossia una percezione distorta del reale (e anche del Sé) dovuta a una destrutturazione della personalità.

Prosaicamente, forse, riassume tutto ciò che si suole definire volgarmente come follia.

"Turbe della personalità", o "turbe psichiche", invece, potrebbero essere tutte quelle varie e multiformi anomalie della personalità e del carattere che in passato, e sovente in giurisprudenza, sono state classificate entro il vasto contenitore delle "psicopatie", vale a dire le accentuazioni abnormi di tratti caratteriali insiti nell'indole della persona, che possono anche tradursi in aspetti patologici conclamati (ossessioni, fobie), e che, comunque, sono obiettabili sulla base di descrizioni anamnestiche.

Il problema diviene più spinoso quando entrano in gioco altri quadri psicopatologici, che sono tali, ma spesso non si risolvono in un quadro stabile.

Alludiamo soprattutto ai disturbi dell'umore e alla depressione (con tutte le diverse sfaccettature e variazioni che possono derivarne, ossia i disturbi cosiddetti ansiodepressivi, altro vasto contenitore ove oggi si fanno confluire anche i disagi che fino a poco tempo fa, in base al contributo decisivo della psicoanalisi, costituivano l'ambito più specifico delle nevrosi).

È incontestabile, infatti, che una persona sofferente di depressione (disturbo che non implica, almeno *ab origine*, un distacco dalla realtà o turbe innate), la quale avverte impulsi distruttivi e/o autodistruttivi, costituisce un serio pericolo per sé e per gli altri, se si pone alla guida.

Lo stesso si deve dire per chi soffre di attacchi ricorrenti di panico (stati improvvisi di vera e propria paralisi, con una terrorizzante sensazione di morte imminente e incapacità di governare i propri movimenti).

Quid iuris, in questi casi? Sarebbe arduo ricondurre, in termini di stretto diritto, questi stati alla nozione, ristretta, di malattia psichica invalidante, dato che, a rigore, non si tratta di psicosi né di turbe della personalità o turbe psichiche derivanti da un fatto organico.

E ciò a prescindere da un altro aspetto assai problematico, e cioè che in questi casi vi sono anche difficoltà di accertamento, soprattutto quando i disturbi sono allo stadio iniziale e non vi è un'anamnesi presso strutture pubbliche, oppure quando il candidato è sempre riuscito, bene o male, a mimetizzarsi e a padroneggiare il disturbo (egli dovrebbe in pratica autodenunciarsi alla commissione medica per illuminare il suo stato psichico).

I problemi, poi, non si esauriscono qui.

Infatti, anche nel caso di psicosi o di turbe della personalità, occorrerebbe considerare quanto il possibile trattamento farmacologico possa compensare il disturbo e renderlo conciliabile con l'attitudine alla guida (si pensi, oggi, alla schizofrenia, malattia che i farmaci più moderni consentono di mantenere sotto controllo, con la conseguenza che il paziente può condurre un'esistenza normale).

A tale eventualità, peraltro, la normativa non è estranea, in quanto il capo E dell'appendice II all'art. 320 del Regolamento di esecuzione del Codice della strada, come detto, prevede che la commissione effettui un giudizio di compatibilità delle condizioni psichiche con la sicurezza alla guida, per cui la possibilità di una buona compensazione farmacologica del disturbo psichico dovrebbe rientrare nelle valutazioni da operare.

Qui si innesta, tuttavia, un ulteriore, impregiudicato e spinoso problema, quello dell'affidabilità del paziente per quanto concerne la retta osservanza da parte sua delle indicazioni terapeutiche che lo riguardano, aspetto che non offre indicazioni tecniche a cui fare riferimento, e che sembra risolvibile solo sulla base di un generico affidamento fondato su fattori anche estrinseci (ad esempio, presenza di familiari che vigilano e possono assicurare la continuità delle cure, oppure incombenza di screening ciclici che vengono effettuati nelle pubbliche strutture).

In ogni caso, non dovrebbe, questo aspetto, essere affrontato con risposte affermative in via di routine (in base alla presenza delle mere indicazioni terapeutiche, oppure, ancor peggio, sulla base di impressioni di tipo vagamente "sensitivo").

Sempre in relazione ai disturbi emotivi di tipo ansiodepressivo, occorre poi considerare anche le previsioni normative del capo F dell'appendice II, il quale, fra le malattie invalidanti, contempla anche le dipendenze da sostanze psicoattive, fra le quali, oltre all'alcool e agli stupefacenti, ovviamente, vanno ricompresi anche gli stessi psicofarmaci che danno dipendenza (quali, ad esempio, le diffusissime benzodiazepine, le quali quasi sempre inducono sedazione).

Anche qui si ripropone *in toto* il problema di contemperare le esigenze di sicurezza e affidabilità alla guida con le opportunità connesse alla libertà di movimento e alla vita di relazione (diritti della personalità per il cui godimento il conseguimento della patente oggi è un fattore imprescindibile).

Non solo.

In relazione agli psicofarmaci, non abusati, vi è anche il concorrente aspetto della tutela della salute e del suo bilanciamento con le esigenze della sicurezza sulla strada.

Ancora, peraltro, le norme citate suggeriscono ulteriori punti interrogativi.

Il penultimo comma dell'art. 119 del Codice della strada prevede che le commissioni mediche "possono richiedere, quando lo ritengano opportuno, una specifica valutazione psicodiagnostica effettuata da psicologi abilitati all'esercizio della professione ed iscritti all'albo professionale".

Si deve qui osservare, anzitutto, che gli psicologi non sono medici, in particolare non sono psichiatri.

Più esattamente, se si vuole (e si deve, giustamente) porre l'accento sulla distinzione che corre fra il sostrato psichiatrico e il sostrato psicologico, si deve tenere presente che la psicologia, a differenza della psichiatria, è una disciplina, la quale, anche al di fuori di implicazioni patologiche, studia la soggettività individuale secondo l'esperienza immediata che il soggetto ricava dalla realtà fenomenica del vivere, l'estrinsecazione

comportamentale in cui la persona traduce e “vive” la propria interiorità, la personalità dell’individuo, intesa questa come risultante in divenire di fondamentali fattori di ordine bio-psichico e sociale.

La psicologia, quindi, con le proprie modalità di osservazione, di interazione di indagine, rileva più esattamente come uno degli strumenti disciplinari nel processo di accertamento clinico-diagnostico, che è di pertinenza psichiatrica. (7)

Sarebbe fuori luogo, pertanto, concepire una immedesimazione fra quanto verificabile sul piano psicologico e quanto verificabile sul piano psichiatrico, quasi queste due aree di studio fossero deputate, in partenza, ad accertare patologie, o comunque stati di disagio, secondo una imprecisata fungibilità reciproca.

Ad ognuna di esse, invece, vanno ricondotti piani cognitivi e ricognitivi differenti, in virtù dei quali *la finalità introspettiva della psicologia è organica ai fini speculativi, di estrazione scientifica, della psichiatria.*

Gli psicologi, quindi, non hanno, in quanto, istituzionalmente e disciplinarmente, non dovrebbero avere, le competenze diagnostici degli psichiatri (ed infatti, non possono prescrivere psicofarmaci).

Un consulto con lo psicologo, quindi, non è certo esaustivo, in relazione all’esigenza di valutare la presenza di malattie mentali o altro assimilabile secondo la normativa (ossia, di *affezioni psichiatriche*).

Fra l’altro, non si vede per quale ragione tale consulto, già in radice, non dovrebbe essere idoneo a fornire già suggerimenti e prescrizioni terapeutiche o riabilitative.

Inoltre, la previsione del consulto con gli psicologi stride con quanto altrimenti stabilito dal capo E dell’appendice II dell’art. 320 del regolamento di esecuzione del Codice della strada, per il quale le commissioni mediche di accertamento possono avvalersi comunque della consulenza specialistica presso le strutture pubbliche, e quindi, anche di psichiatri del servizio sanitario nazionale.

A questo punto occorre chiedersi quale senso, anche d’ordine normativo, possa avere la previsione del consulto con psicologi (con l’aggravante che la norma regolamentare, quella più logica e aderente al contesto a cui è finalizzata, è quella di rango inferiore).

Come vedremo, quindi, l’ipotesi di un consulto con gli psicologi sembra più correttamente e logicamente riconducibile all’ipotesi, ristretta, prevista dal secondo comma dell’art. 324 del regolamento di esecuzione del Codice della strada.

Diversamente, infatti, il riferimento alla competenza degli psicologi operato dall’art. 119 c. 9 del Codice della strada dovrebbe condurre a estendere a dismisura l’ambito degli accertamenti possibili e rilevanti, ben oltre le nozioni di malattia psichica, o turbe della personalità, sì da abbracciare i requisiti *psicoattitudinali* tout court, ossia la verifica di fattori legati alla predisposizione e all’atteggiamento che il soggetto può avere sulla strada, alla guida di un veicolo.

L’effettuazione di test psicoattitudinali, peraltro, non è assente dalla normativa sul conseguimento della patente.

Il primo comma dell’art. 324 del regolamento di esecuzione del Codice della strada infatti prevede che per ottenere le patenti superiori, C, D, E, occorre sottoporsi a test psicoattitudinali di stimolazione semplice, complessa, luminosa e acustica.

(7) In questi termini, BRONDOLO e MARIGLIANO, *Caratteristiche del danno psichico*, in *Danno psichico*, Giuffrè, 1996, 19 e ss.

Il secondo comma dello stesso articolo, poi, come detto, prevede che la valutazione psicodiagnostica effettuabile ai sensi dell'art. 119 del Codice della strada consista nelle prove di stimolazione sopra dette, in altre prove di attenzione e percezione, e poi anche in *prove di valutazione della personalità*.

Queste però, secondo la lettera della norma, sembrano comunque e sempre associate ai test di stimolazione e percezione (e quindi, sembrano dover scaturire dal riscontro di una situazione che li richieda tutti, imprescindibilmente).

È chiaro però che i test sulla stimolazione, l'attenzione e la percezione, se pur rientrano nell'ambito delle verifiche attitudinali, più propriamente, sono di tipo *neurologico*.

Test psicologici sull'attitudine (ossia, test psicoattitudinali in senso stretto) sono solo quelli di valutazione della personalità.

La norma che le riguarda prevede anche che tali prove debbano essere condotte da psicologi in possesso di una specifica formazione nel settore della sicurezza stradale.

Come si vede, non sono indicati gli estremi, né i criteri di opportunità in base ai quali procedere a questi test psicodiagnostici (se non, come detto, che essi debbano essere effettuati in casi in cui occorra, contestualmente, procedere anche a test sulla stimolazione, l'attenzione, la percezione).

Né sembra che, fino ad ora, vi sia mai stata una considerazione di questi test in relazione agli aspetti motivazionali alla guida, aspetti che invece oggi dovrebbero essere in primo piano, dato che i neopatentati sono, nella grande maggioranza, diciottenni le cui inclinazioni non sono ancora quelle tipiche di una responsabilizzazione.

Spesso, infatti, tali inclinazioni esulano dalla considerazione dell'automobile come di un mezzo di locomozione di cui fruire prima di tutto per le esigenze connesse al lavoro o alla famiglia, mentre troppe volte attengono a una visione della strada come un momento di estrinsecazione di libertà e di impulsi giovanili, sfide, "sballi", ebbrezze, e altro.

Chiaramente, test psicologici orientati a indagare questo versante (pur, ovviamente, non avendo, come ogni test, alcuna pretesa di esattezza), sarebbero un aiuto per individuare componenti motivazionali non lineari e, se del caso, passare poi a un accertamento più approfondito (anche di tipo psichiatrico).

Ormai, infatti, è risaputo che la strada è anche un terreno di sfogo quasi elettivo per gli individui con tendenze alla devianza, o comunque portati alla disattenzione delle regole (e questo, troppo spesso, proprio per fragilità o sensi di marginalità di cui la persona soffre).

In ogni caso, quanto meno incidenti stradali determinati da una eclatante violazione di regole, oppure violazioni che implicano una elevata pericolosità (quali la guida in stato di ebbrezza da alcol o da stupefacenti), per il loro forte valore sintomatico, dovrebbero consigliare una revisione approfondita dell'idoneità alla guida, completa di test psicodiagnostici.

Non sono estranei, infatti, alla guida elementi tipici delle scelte che spesso le imprese devono effettuare nella assunzione di nuovo personale e nella conseguente opera di selezione, ove, ad esempio, deve essere indagato il fattore *vocazione*, intesa questa come "un'attrazione a sfondo emotivo in cui il soggetto vive uno schema anticipatorio di stato operativo in cui si prevede e nel quale preventiva la sua realizzazione", e dove, pure, vanno scandagliati vari profili, diagnostico-attitudinale, caratterologico-

affettivo, socio-culturale, personalistico, i quali possono portare alla luce fattori non secondari, ad esempio quelli legati alle dinamiche fondate sulla percezione di sé nei confronti di modelli di identificazione. (8)

Sono, questi, aspetti sempre meno secondari, considerata anche l'azione invasiva e spersonalizzante oggi indotta dai media e dal loro basso livello.

Ci si dovrebbe quindi chiedere se test psicodiagnostici, ovviamente accreditati e mirati non debbano essere di routine, quanto meno nei casi in cui particolari comportamenti sono tali da suggerire verifiche in questo senso.

Infine, l'indagine sui requisiti psichici e psicoattitudinali alla guida non dovrebbe trascurare altre eventualità specifiche e di primo piano nella valutazione dell'idoneità alla guida.

Alludiamo, ad esempio, alla presenza di disturbi dell'equilibrio e chinetosi, disturbi che sono espressamente contemplati nel Decreto del Ministero dei Trasporti 16.9.2003, "Elenco delle imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità ai servizi di navigazione aerea e criteri da adottare per l'accertamento e la valutazione ai fini dell'idoneità".

Infatti, se disturbi dell'equilibrio e chinetosi sono patologie tipiche del volo (come della navigazione: mal d'aria e mal di mare), lo possono peraltro essere anche per la guida di autoveicoli (mal d'auto).

E comunque, la loro insorgenza può avere esiti disastrosi anche sulla strada.

Ma non esistono, per il conseguimento della patente di guida, analoghe specifiche previsioni di accertamento (neanche minime, quali, ad esempio, l'obbligo di un'autocertificazione di non avere mai sofferto di disturbi simili, o affini, quali, ad esempio, ricorrenti crisi lipotimiche o anche stati prelipotimici).

Il raffronto con la normativa sull'abilitazione ai servizi di trasporto aereo, peraltro, è utile anche in relazione a quanto argomentavamo in precedenza sulla opportunità di test psicodiagnostici di routine.

Stabilisce il Decreto ministeriale sopracitato che l'accertamento dei requisiti psicoattitudinali deve investire "i tratti della personalità (ad esempio, dipendenti, istrionici, ossessivi, paranoidei, antisociali, borderline, etc.) che denotano una labilità emotiva, affettiva e altre condizioni riconducibili ad una inadeguata struttura della personalità".

Ovvio, se non è ragionevole trasferire de plano la capillarità e la severità di questo spettro di accertamenti (tipici della valutazione dell'idoneità a pilotare in aria mastodontici aerei con centinaia di passeggeri a bordo) sulla valutazione dell'idoneità a condurre una *semplice* automobile, è però anche vero che tratti della personalità quali quelli sopra elencati non sono indifferenti nemmeno a una condotta di guida sulla strada, e alle disastrose conseguenze che potrebbero derivarne (si pensi, ad esempio, alle conseguenze degli incidenti in autostrada).

In definitiva, quindi, la verifica degli accertamenti psichici per la guida sulla strada, forse, dovrebbe essere più complessa, più "disciplinare" e meno routinaria.

In ogni caso, e in conclusione, preme sottolineare che tutte le argomentazioni qui svolte sono ben lontane dalla proposizione di soluzioni, ma sono state fatte solo per sollevare alcuni interrogativi, i quali nascono, principalmente, dalla natura

(8) Secondo quanto così riportato, in termini divulgativi, da GALIMBERTI, *Dizionario di psicologia*, UTET, 1992, 742.

essenzialmente tecnica (medico-legale, criminologica, psicologica e psichiatrica) dei temi in questione.

La letteratura giuridica in tema, anche per la natura assai specifica e tecnica delle questioni, non è copiosa.

Principalmente, quindi, gli interventi rintracciabili riguardano l'ambito medico-legale e criminologico, e le discipline psicologiche.

Fra tutti gli apporti così formulati, merita citazione anzitutto l'articolato studio effettuato da GALLIANI - BONETTI - GIBERTONI - GUARALDI - VENUTA, *La valutazione dell'idoneità alla guida*, suddiviso in tre parti, *Il fattore umano negli infortuni stradali: aspetti teorici* (in *Rassegna italiana di criminologia*, 1997, 3 e 4, 405-428), *Valutazione e prevenzione* (*ibidem*, 1998, 1, 115-146), *Il test QCP* (*ibidem*, 1998, 2, 265-287).

Questi Autori, partendo dalla premessa che una percentuale individuabile fra l'80 e il 99 per cento degli incidenti stradali deriva da responsabilità o corresponsabilità dell'uomo, propongono una revisione critica del "fattore umano" nella guida, in particolare l'identificazione delle sue componenti, al fine di ipotizzare interventi di prevenzione realmente efficaci, e ciò partendo da una considerazione di tutte le condotte significative, anche quelle che non hanno determinato incidenti.

Essi, richiamando anche studi statistici che hanno evidenziato la correlazione fra incidenti e alcune variabili socio-anagrafiche e personologiche, pongono l'accento sul fatto che anche le prestazioni di guida sono un fattore *personologico*, che, qualora di basso livello o caratterizzato da una variabilità tale da raggiungere bassi livelli, si trova alla base della "predisposizione agli incidenti" (*accident proeness*) di alcuni guidatori.

Essi quindi riconducono le varie teorie sull'eziologia degli incidenti a due indirizzi, quello psicofisico e psicotecnico, per il quale l'abilità alla guida sarebbe il fattore umano preponderante nell'*accident proeness*, e quello criminologico e psicologico (il quale presuppone un approccio antropo-psicologico o psicosociologico), per il quale fattore primario è invece la condotta alla guida, spesso a prescindere dall'abilità.

Secondo quest'ultimo orientamento, l'idoneità alla guida andrebbe valutata non in base all'assenza di determinate patologie psico-fisiche, ma in base alle caratteristiche strutturali della personalità del soggetto o a processi di interrelazione individuo-società (con particolare riferimento ai modelli di comportamento appresi nell'ambito del gruppo sociale di appartenenza).

Approfondendo, quindi, qui gli Autori distinguono fra l'abilità tecnica (perizia e conoscenze tecnico-culturali, che sono l'oggetto della valutazione dei tecnici della MTC in sede di esame teorico-pratico per il conseguimento della patente) e abilità psico-fisica (l'insieme delle capacità sensitivo-sensoriali, della capacità motorie e della capacità di integrazione sensitivo-motoria operate dalla sfera psichica, il tutto oggetto di studio del medico legale).

Ne consegue che una condotta di guida errata (per colpa o per dolo) realizza una inidoneità psicologica alla guida, che è, elettivamente, materia di studio del criminologo.

Essi quindi propongono una classificazione dei guidatori incentrata sul tipo di condotta di guida.

In particolare, in tutti i casi di responsabilità per colpa, gli Autori individuano quattro tipi: coloro che violano il Codice deliberatamente, coloro che lo violano perché non si preoccupano delle leggi, coloro che lo violano perché non sanno

guidare e coloro che commettono l'infrazione a causa delle loro condizioni psicofisiche scadenti, di cui sono consapevoli.

Sarebbero, in ogni caso, tutti soggetti da ricondurre, variamente, alle categorie degli antisociali, dei caratteropatici-sociopatici, e dei soggetti di particolare livello sottoculturale.

Le conclusioni, auspiccate dagli Autori, sono quindi di operare, in sede di valutazione dell'idoneità alla guida, selezioni fondate anche su test rapidi e poco costosi, quali il QCP, con opportuni correttivi in relazione ad alcune variabili personali (età, sesso, scolarità, professione).

Aspetti particolari sulla reattività all'assunzione di alcol, sempre per quanto concerne la idoneità alla guida, sono stati poi considerati attraverso altri studi.

Altri Autori (GIORGETTI - ZANCANER - TEDESCHI - SNENGI - CASTAGNA - FRISON - FERRARA, *"Bassi livelli alcolemici e disabilità alla guida. Studio sperimentale di interazione uomo-macchina"*, in *Riv. it. med. leg.* 1993, 1, pt. 2, 151-169), quindi, hanno monitorato la performance psicomotoria correlata alla somministrazione di modeste dosi di alcol (al di sotto del limite legale dello 0,5 g/kg) in soggetti sani, con test di valutazione delle funzioni neurosensoriali e psicomotorie (replicati a distanze progressive dall'assunzione) mirati sulla coordinazione oculo-motoria, la memoria seriale a breve termine, i livelli di vigilanza e attenzione.

Le conclusioni, che hanno evidenziato compromissioni delle capacità mnesiche e delle funzioni di coordinazione percettivo-motoria, sono state poi rapportate dagli Autori alla normativa vigente in Italia, e se ne è tratta la necessità di adeguamenti normativi e procedurali.

Ancora, oggetto di studi è stato il c. d. "malore alla guida" derivabile da epilessia (G. CHIOZZA - M. B. CHIOZZA, *Compromissione dello stato di coscienza durante la guida d'autoveicolo sostenuta da epilessia*, in *Riv. it. med. leg.* 1983, 1, pt. 2, 99-110).

Qui, gli Autori, significativamente, hanno segnalato la validità del test di Rorschach, quale "mezzo diagnostico complementare di eloquente efficacia".

Se pure di epoca più remota, va segnalato anche uno studio effettuato da ZANALDI (*La componente psicologica nella responsabilità per incidenti stradali*, relazione convegno ACI a Padova, 22-23.1.1971), prettamente analitico, sulla personalità del conducente sotto il profilo psicologico e medico-legale, in relazione ai principali aspetti della personalità, idoneità alla guida, imputabilità e pericolosità sociale.

Interessantissimo, anche per i suoi riflessi comparativi (in particolare con le esperienze maturate in Austria e in Germania) il saggio (fra i tanti scritti sul tema di questo Autore) di DORFER, *La psicologia del traffico: possibilità di intervento professionale e formazione degli psicologi abilitati a svolgerla*, (reperibile su www.ordpsicologier.it), ove si tratta, espressamente, fra le altre cose, anche della valutazione psicologica dell'idoneità alla guida, di educazione stradale e di corsi di c. d. *driver improvement*, ossia di "riabilitazione" per chi ha avuto problemi con la guida (ad esempio, guida in stato di ebbrezza).

In questo suo lavoro, l'Autore riferisce come la psicologia del traffico (o psicologia viaria, disciplina che ha come oggetto di studio le cause degli incidenti stradali e cerca di individuare strumenti e mezzi per ridurli od evitarli) ha evidenziato che circa il novanta per cento degli incidenti stradali è riconducibile al cosiddetto "fattore umano".

DORFER ha denunciato come, mentre in Europa, in questo ambito, lavorano circa cinquemila psicologi, in Italia, invece, questo settore è ancora assai marginale e poco conosciuto.

Nello specifico versante dell'idoneità alla guida, solo in Germania vengono valutati circa 150.000 conducenti all'anno e operano seicento psicologi, soprattutto in relazione alle seguenti categorie di persone: conducenti professionisti (agenti di polizia, conducenti di ambulanze, autobus e taxi, vigili del fuoco, piloti di elicottero, ecc.), conducenti che hanno causato gravi e/o frequenti incidenti, persone con problemi di vario tipo legati al consumo di alcolici o all'uso di sostanze, persone che hanno commesso frequenti infrazioni alle norme della strada, persone che hanno fallito più volte l'esame di guida, persone con disturbi psichiatrici.

Gli strumenti a cui si ricorre sono i colloqui esplorativi, questionari di personalità, valutazione delle funzioni cognitive e psicomotorie rilevanti per la guida, eventualmente la prova di guida pratica standardizzata, realizzata come un test psicologico.

I criteri a cui ci poi si ispira per le valutazioni sono poi quelli di cui è dimostrato un significativo valore predittivo rispetto alla guida.

L'Autore qui illustra le procedure seguite, le quali sono improntate a un necessario rigore.

Nella prima fase, la Motorizzazione Civile, sulla base di certi fatti accaduti, ad esempio, guida in stato di ebbrezza con un tasso alcolimetrico accertato del 3.3 g/kg, se ha dubbi circa l'idoneità alla guida di una persona, richiede una visita presso la Commissione Medica Patenti, la quale può chiedere una visita psicologica.

Lo psicologo, quindi, formula i propri quesiti, legati al rischio a priori di recidiva. Indi, nella seconda fase, si verificano i cambiamenti avvenuti nel soggetto interessato, con l'utilizzo di tecniche, riconosciute e descritte come metodo scientifico (questionari di personalità, colloquio esplorativo, test psicometrici), i cui risultati possano permettere di accertare se il comportamento dell'esaminato è cambiato in modo tale da ridurre ad un livello accettabile il rischio di ulteriori guide in stato di ebbrezza.

Per quanto concerne i programmi riabilitativi di "*driver improvement*", per conducenti che hanno perso la patente di guida in seguito a incidenti, guida in stato di ebbrezza od altre infrazioni, l'Autore evidenzia come gli psicologi addetti debbano avere una preparazione aderente alla specifica problematica delle persone.

I passaggi fondamentali che giustificano il *driver improvement* sono sostanzialmente due: selezionare, dalla popolazione a rischio, le persone che possono trarre vantaggio da un tale corso, e l'invio del conducente a rischio a un corso adatto alla sua problematica specifica.

Gli argomenti su cui si fondano i corsi sono vari e molteplici, fra di essi, significativamente, anche alcuni di intima estrazione psicologica, quali la formazione delle abitudini, le strategie per rinunciare all'alcool in situazioni sociali, la resistenza alla pressione sociale, la prevenzione delle ricadute e gli obiettivi personali.

Ricorda peraltro l'Autore che la valutazione psicologica dell'idoneità alla guida ed i corsi di *driver improvement* non risolvono il problema della sicurezza stradale, essendo il loro effetto limitato solo a quella parte di incidenti causati da una popolazione a rischio.

Egli quindi pone l'accento su un dato fondamentale: l'opportunità di individuare e seguire la popolazione a rischio, in quanto, se in uno Stato la popolazione a rischio è numerosa, il beneficio derivabile da queste metodiche e da questi approcci sarà particolarmente ampio.

Ancora su questi specifici temi, da citare anche altri contributi di STEPHAN (*Problemi psicologici di idoneità alla guida*), e ancora DORFER e altri (*La valutazione psicologica dell'idoneità alla guida, Driver improvement, riabilitazione e terapia*), reperibili in www.catalogo.mcgraw-hill.it).