

# PROTOCOLLI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

## MALATTIE dell'APPARATO CARDIO-VASCOLARE

### L'IMPORTANZA DEL PROBLEMA DEL CARDIOPATICO ALLA GUIDA

La letteratura internazionale fornisce indicazioni secondo le quali la maggior parte di coloro che sono colpiti da un improvviso ed anche fatale attacco cardiaco ischemico hanno un tempo di preavviso, per la sintomatologia che insorge, sufficiente a rallentare la corsa dell'autoveicolo e finanche di fermarsi cosicché in meno della metà dei casi si verificano danni e lesioni. Tuttavia ci sono situazioni in cui l'attacco non è preceduto da nessun segno o sintomo oppure altri casi in cui i segni non vengono colti dal paziente, sono malinterpretati o sono del tutto ignorati. In tutti questi casi si possono avere incidenti, anche gravi, con lesioni del conducente e degli altri utenti della strada o morti.

Situazioni collassiali dovute a patologia ischemica cardiaca (letali o no) danno conto di circa il 15% degli incidenti causati da malori alla guida e rappresentano circa uno su mille casi di incidenti della strada. Si tratta di dati che pur nella loro non elevata numerosità appaiono comunque preoccupanti se si pensa che potrebbero essere evitati con opportuna opera di prevenzione

### PRINCIPI GENERALI DELLA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ

1. Benché i trattamenti medici e chirurgici della malattia ischemica cardiaca abbiano portato ad una riduzione dei sintomi e abbiano migliorato l'aspettativa di vita dei pazienti, l'arteriosclerosi coronarica rimane un processo patologico progressivo e il rischio di attacchi improvvisi di cuore, collassi e perdita improvvisa di coscienza è sempre maggiore nella popolazione affetta. Quando si deve valutare un paziente con una malattia cardiovascolare si devono prendere in considerazione tutti i segni e i sintomi di severità tale da poter comportare rischi per una guida sicura.

2. L'esame clinico potrà trovare pazienti con una forma cardiaca stabilizzata. Questo gruppo di popolazione è certamente a maggior rischio rispetto alla popolazione sana: in questi casi è indicato un test da sforzo per un migliore inquadramento della forma clinica.

3. Sospetto di coronaropatia. Quando si rileva all'anamnesi un dolore toracico di incerta origine, deve essere fatto tutto per pervenire ad una diagnosi definitiva dell'origine del dolore toracico e si deve consigliare il paziente di limitare o, addirittura, abolire, la guida di autoveicoli fino a quando non sarà possibile accertare la sua condizione anche rispetto all'idoneità alla guida. Ciò è particolarmente importante per le patenti superiori. Se gli esami sono positivi o i sintomi permangono con la necessità di ricorrere a farmaci antianginosi, si deve considerare che, ai fini della guida, il paziente sia portatore di angina.

4. La chirurgia cardiaca può essere praticata in numerose patologie tra le quali la stenosi delle coronarie, mixomi, protesi delle valvole, etc. In alcuni casi a seguito dell'intervento, dopo un opportuno periodo di osservazione, si raggiunge un completo benessere clinico del paziente, ma nella maggior parte dei casi le condizioni non si possono considerare definitivamente stabilizzate e quindi le conseguenze sull'idoneità alla guida devono essere rivalutate periodicamente in relazione alle specifiche condizioni di ogni paziente.

5. Una terapia anticoagulante può essere usata in caso di alterazioni del ritmo cardiaco, dopo chirurgia valvolare, in caso di trombosi venosa profonda o quando sia necessario diminuire il rischio, di qualsiasi origine di embolie. In queste condizioni in alcuni casi, sotto stretto controllo medico, è possibile avere l'idoneità alla guida.

6. Effetti della guida sull'attività cardiaca. Un ulteriore problema per chi ha già sofferto di patologia cardiaca deriva dal fatto che la guida comporta alterazioni del battito cardiaco e della pressione arteriosa a causa di eccitazioni emotive e neuro-sensoriali. Molti conducenti inoltre, specialmente i titolari di patenti superiori, sopportano lavori pesanti, quando caricano o scaricano i mezzi, o devono cambiare una ruota o mettere le catene da neve o procedono a piccole riparazioni. Tutte queste condizioni possono determinare attacchi anginosi e infarto.

7. Fattori di rischio. Nella popolazione esistono molti, ben noti, fattori di rischio: età sesso, familiarità per cardiopatie ischemiche e morte improvvisa, pressione elevata (specialmente se non ben controllata), iperlipemia, diabete, vita sedentaria, abusi alcolici ed alimentari, fumo. Anche se la sola presenza di tali fattori di rischio non comporta di necessità che il soggetto si ammali, l'esistenza contemporanea di diversi di essi, consigliano che tali fattori di rischio siano ben valutati, attraverso opportuni esami specialistici e di laboratorio, anche ai fini dell'idoneità.

8. Comorbidità. La presenza di alcune condizioni patologiche a carico di altri apparati (es. diabete, ipertensione, nefropatie etc.) rende necessario accertare la gravità di tutte le patologie ai fini dell'idoneità alla guida, tenuto conto del fatto che in alcuni casi alcune alterazioni coesistenti (fatti ischemici cerebrali) possono peggiorare la gravità di episodi cardiaci acuti o facilitarne l'insorgenza.

## PERIODI DI ASTENSIONE DALLA GUIDA DOPO EVENTI ACUTI O PROCEDURE

EVENTO ACUTO O PROCEDURA	PERIODO <u>MINIMO</u> DI ASTENSIONE DALLA GUIDA PATENTI AB	PERIODO <u>MINIMO</u> DI ASTENSIONE DALLA GUIDA PATENTI CDE
IMA	2 SETTIMANE	3 MESI
ANGIOPLASTICA	2 GIORNI	2 - 4 SETTIMANE
BY-PASS	4 SETTIMANE	3 MESI
ARRESTO CARDIACO	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA
SINCOPE	1 MESE	3 MESI
IMPIANTO ICD	6 MESI DOPO IMPIANTO O ARRESTO CARDIACO	MAI
IMPIANTO PM	1 SETTIMANA	1 MESE
CORREZIONE ANEURISMI	4 SETTIMANE	3 MESI
TROMBOSI VENOSA PROFONDA	2 SETTIMANE	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA
EMBOLIA POLMONARE	4 SETTIMANE	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA
TRAPIANTO CUORE O CUORE/POLMONE	6 SETTIMANE	3 MESI

Malattia	ESAMI DA RICHIEDERE	PATENTE AB	PATENTE CDE	NOTE
<b>Iperensione Arteriosa Essenziale</b>	Visita cardiologia +ECG. Se CDE sempre Holter pressorio. Valutare con particolare attenzione l'eventuale concomitanza di diabete o altre patologie che possano influire sull'idoneità alla guida.	Se ben controllata IDONEO fino a 3 anni fino a 60 anni. Se PAO intorno a 180/100 sempre Holter pressorio, se maggiore non idoneo fino al miglior compenso terapeutico.	Sempre Holter pressorio. Se ben controllata IDONEO fino a 2 anni fino a 50 anni, 1 anno successivamente. Se PAO maggiore 180/100 non idoneo fino al miglior compenso terapeutico. In caso di concomitante diabete la PAO minima media non deve superare i 95 mm Hg e non deve essere presente alcuna complicanza diabetica.	
<b>Iperensione labile</b>	Visita Cardiologia + ECG. Valutare con particolare attenzione l'eventuale concomitanza di diabete o altre patologie che possano influire sull'idoneità alla guida.	Fino a 3 anni tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa abolizione del fumo e dieta).	Sempre Holter pressorio. Se ben controllata IDONEO fino a 2 anni fino a 50 anni, 1 anno successivamente. Se PAO maggiore 180/100 non idoneo fino al miglior compenso terapeutico. In caso di concomitante diabete la PAO minima media non deve superare i 95 mm Hg e non deve essere presente alcuna complicanza diabetica. NON IDONEO se non rispetta le indicazioni terapeutiche	
<b>Sincope neurogena (vaso-vagale, seno carotideo, ipotensione ortostatica)</b>	vd. Capitoli sull'apparato del sistema nervoso centrale. Opportuno tilt test.			

<b>Sincope cardiaca (aritmia, IMA, stenosi aortica, mixoma atriale, trombo a palla, tromboembolia polmonare)</b>	Opportuno valutare le cause della sincope.			
<b>Aneurismi aortici</b>	Visita cardiologia + ECG Sempre misurazione delle dimensioni con Ecocardiogramma o ecografia addominale, a seconda della sede, o TAC	In caso di aneurisma toracico se diametro > 5 cm non idoneo, se addominale se > 4.5 cm non idoneo. Se inferiore idoneo massimo 1 anno	In caso di aneurisma toracico se diametro > 4.5 cm non idoneo, se addominale se > 4 cm non idoneo. Se inferiore idoneo massimo 1 anno.	
<b>Arteriopatie Periferiche</b>	Sempre visita cardiologica più ECG, Doppler arterioso arti inferiori, Doppler tronchi sovraortici. Test provocativo di ischemia coronaria.	Dipende dalla condizione cardiologica. Idoneo fino a 5 anni fino al compimento di 50 anni, poi 3 anni fino a 70 anni, poi 1 anno.	Dipende dalla condizione cardiologica, sempre ecostress o miocardioscintigrafia da stress. Idoneo 3 anni fino a 50 anni, poi 2 anni fino a 60 anni, poi 1 anno.	
<b>IMA e sindromi Coronariche acute</b>	Visita cardiologia + ECG. sempre Holter e un test da sforzo (o sue alternative), ecocardiogramma. All'inizio esaminare cartella completa ricovero (dipende da sintomatologia).	IDONEO solo I - II classe NYHA; III° classe valutazione caso per caso e comunque eventualmente idoneità solo per periodi brevi. Fermo per almeno due settimane dopo l'episodio acuto. In condizioni di perfetto compenso, asintomatico e senza aggiuntive condizioni di rischio, dopo	IDONEO solo I-II° classe NYHA. Fermo per almeno tre mesi dopo episodio acuto di qualsiasi tipo. In assenza di altri fattori di rischio, dopo il periodo iniziale di osservazione, con storia clinica di pochi sintomi e in condizioni ottimali IDONEO fino a due anni fino all'età di 60 anni. Dopo tre mesi test da sforzo	<b>Test da sforzo fisico valido</b> = eseguito per più di 9 minuti se maschio o 6 minuti se Femmina e senza slivellamento ST > 2 mm) a 4 METS. <b>Scintigrafia cardiaca</b> = assenza di ampi difetti di captazione scintigrafica e di difetti reversibili e irreversibili. (Un piccolo IMA pregresso non influenza la prognosi).

		ravvicinata di 2 anni, si può dare idoneità fino a un massimo di 3 anni fino a 60 anni, poi ogni 2 anni. La prima volta dopo l'episodio acuto si presenti anche con ECG secondo HOLTER, e test da sforzo (o scintigrafia o ecografia da stress).	valido (ECG, ECO o Scintigrafico) e FE > 40% Ripetere tutti gli esami dopo 1 anno e dopo 2 anni: se negativi si può dare ogni due anni.	
<b>Angina spontanea</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Angina mista</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Angina da sforzo o secondaria pura</b>		IDONEO solo I - II classe CCS, solo patenti AB	NON IDONEO	
<b>Angina instabile</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Scompenso cardiaco</b>	Visita cardiologia + ECG. Ecocardiogramma Esami funzionalità renale.	Idoneo solo I - II classe NYHA. IDONEO III° classe NYHA con FE > 35%, IDONEO fino a un anno fino a 70 anni, poi eventualmente al massimo 6 mesi	IDONEO per 1 anno solo I e II cl. NYHA se FE > 40% + verifica causa di scompenso: solo fino a 50 anni	
<b>Extrasistoli ventricolari</b>	Visita cardiologia + ECG. Altri accertamenti a seconda delle cause. Esami ematochimici (calcio, potassio e digitale). Test da sforzo. Ecocardiogramma. ECG secondo HOLTER	Se fenomeno episodico con ecocardiogramma e test da sforzo negativo IDONEO.	Se fenomeno episodico con ecocardiogramma e test da sforzo negativo IDONEO.	

<b>Wpw</b>	IDONEO solo dopo ablazione chirurgica. Fare ECG secondo HOLTER. Fare studio elettrofisiologico transesofageo: classificazione in alto rischio: non idoneo; se basso rischio: idoneo solo AB fino a 3 anni.	Idoneo solo se basso rischio con rinnovi fino a 3 anni. Se ad alto rischio idoneo solo dopo ablazione chirurgica fino ad un massimo di 2 anni.	Dopo ablazione idoneo CDE fino a 2 anni.	
<b>Tachicardia atriale parossistica e tachicardia parossistica sopraventricolare</b>	Visita cardiologica + ECG, ECG secondo Holter, studio elettrofisiologico transesofageo.	IDONEO dopo cardioversione. Attesa almeno 1 settimana dopo stabilizzazione. Idoneo fino a 5 anni.	IDONEO dopo cardioversione e se frequenza cardiaca in tachicardia inferiore a 140/minuto (è il livello a cui si fa ablazione). Idoneo fino a 3 anni.	
<b>Flutter atriale</b>	Visita cardiologica + ECG, ECG secondo Holter, studio elettrofisiologico transesofageo.	IDONEO dopo cardioversione. Attesa almeno 1 settimana dopo stabilizzazione. Idoneo fino a 2 anni, poi fino a 3 se persistenza di flutter con frequenza inferiore a 120/minuto. Idoneo fino a 2 anni, poi fino a 3 anni.	Attesa almeno 1 mese dopo stabilizzazione. Idoneo fino a 1 anno, poi fino a due anni se persistenza di flutter con frequenza inferiore a 100/minuto. Idoneo fino a 1 anno, poi fino a 2 anni.	
<b>Fibrillazione atriale</b>	Visita cardiologia + ECG. Tener conto di patologie collaterali che possono essere causa (es. Tiroide).	IDONEO se frequenza ventricolare inferiore a 120/minuto.	IDONEO se frequenza ventricolare inferiore a 100/minuto.	
<b>Tachicardia ventricolare,</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	

<b>fibrillazione ventricolare</b>				
<b>Disfunzione del nodo del seno</b>		NON IDONEO fino alla correzione	NON IDONEO fino alla correzione	
<b>Blocco atrioventricolare di I grado</b>		IDONEO	IDONEO	
<b>Blocco atrioventricolare di II grado</b>		Tipo Mobitz 1 (Fenomeno di Luciani Wencheback): IDONEO Tipo Mobitz 2: NON IDONEO fino alla correzione	Tipo Mobitz 1: IDONEO  Tipo Mobitz 2: NON IDONEO fino alla correzione	
<b>Blocco atrio-ventricolare di tipo 3</b>		NON IDONEO fino alla correzione	NON IDONEO fino alla correzione.	
<b>Blocchi di branca Destra e sinistra (antero-superiore e postero-inferiore) il primo determina emiblocco anteriore sinistro e il secondo emiblocco posteriore sinistro</b>	Se durante IMA insorge blocco di branca va messo pace-maker e quindi IDONEO solo dopo impianto PM. Visita cardiologica con ECG. Fare ecocardiogramma per scoprire cause aritmia. Idoneo solo dopo aver identificato causa.	Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica	Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica	
<b>Blocco bifascicolato (branca dx + 1 gruppo di sinistra)</b>	Visita cardiologica con ECG. Fare ecocardiogramma per scoprire cause aritmia. Idoneo solo dopo averle identificate.	Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica	Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica	
<b>Blocco trifascicolato (branca dx + emiblocco sn)</b>		NON IDONEO fino alla correzione	NON IDONEO fino alla correzione	

<b>atrio-ventricolare)</b>				
<b>Miocardiopatia dilatativa Idiopatica</b>	Visita cardiologia + ECG. Fare Holter + ecocardiogramma.	Idoneo se FE > 35% fino a 3 anni fino a 60 anni, poi fino ad un massimo di 2 anni.	Idoneo se FE > 40%, fino ad 1 anno. Sempre ECG secondo Holter.	Possibilità di trombi in cavità, possibilità di aritmie e blocchi di branca. Esito in trapianto.
<b>Miocardiopatia dilatativa alcolica</b>		Idoneo se FE > 35% fino a 3 anni fino a 60 anni, poi fino ad un massimo di 2 anni, a condizione che vi sia stata astensione dal potus.	Idoneo se FE > 40%, fino ad 1 anno. Sempre ECG secondo Holter.	
<b>Malattie neuromuscolari Distrofia mm. tipo Duchenne, miotonica, segmentali</b>	Vd. Capitolo sulle malattie neurologiche.			Possibilità di blocchi. fare Holter.
<b>Miocardiopatie secondarie a connettiviti (glicogenosi, mucopolisaccaridosi, les, poliarterite nodosa, AR, sclerosi sistemica progressiva)</b>	Vd. Capitolo sulle malattie neurologiche e immunologiche.			
<b>Miocardiopatia ipertrofica</b>	Sempre visita cardiologica con ECG. ECG secondo Holter, ecocardiogramma e test da sforzo. Si possono verificare lipotimie o sincopi da sforzo. Anche fibrillazione atriale e altre aritmie. FE > normale (70-90%). Possibilità di morte improvvisa.	Se ad alto rischio IDONEO per un periodo massimo di 6 mesi. Se a basso rischio idoneo inizialmente fino a 2 anni, poi 3 anni se stabilizzato.	Se ad alto rischio NON IDONEO. Se a basso rischio idoneo fino ad 1 anno.	Se classificato ad ALTO RISCHIO (familiarità per morte improvvisa, setto interventricolare > 30 mm, TV insorta durante test ergometrico o Holter, diminuzione di PAO durante test ergometrico (ogni calo durante lo sforzo) NON IDONEO.

	NON IDONEO se spessore del setto > 1,5 cm/m2 (circa 3 cm nel soggetto medio)			un solo elemento.
<b>Sindrome di pickwick</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Tromboembolia polmonare</b>	Dipende dalle cause. Visita cardiologica o neurologica (se ictus non emorragico). Rimando alle specifiche patologie che l'hanno causata.			

<p><b>Cardiopatie congenite dell'adulto</b></p> <p><b>Non cianogene con flusso polmonare aumentato: botallo pervio, DIV e DIA</b></p> <p><b>Non cianogene con flusso polmonare normale: stenosi polmonare-aortica, coartazione aortica</b></p> <p><b>Cianogene con flusso polmonare diminuito: fallot</b></p> <p><b>Cianogene con flusso polmonare aumentato: fistola AV polmonare, trasposizione grossi vasi</b></p>	<p>Soggetti con <b>difetti congeniti minori</b> (incluse stenosi non gravi della polmonare, piccoli difetti interventricolari o interatriali, valvola aortica bicuspide senza stenosi, coartazione non grave dell'aorta senza aneurisma aortico) <b>possono guidare</b> sotto periodico controllo in assenza di alterazioni ECG, aritmie, sintomi diversi, ipertensione grave o altre condizioni che rendano impossibile l'idoneità alla guida.</p> <p>In questi casi minori revisione fino a due anni <b>SEMPRE</b> con ecocardiogramma.</p> <p>Idoneità dipendente dalla valutazione clinica e dopo opportuni esami e valutazioni degli specialisti.</p>	<p>In caso di correzione chirurgica del difetto, dopo <b>quattro settimane</b> dall'intervento chirurgico si può riprendere la guida se non c'è alcun segno clinico di malattia, assenza di significative alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave.</p> <p>Revisione dopo sei mesi, un anno e poi biennale</p>	<p>In caso di correzione chirurgica del difetto, dopo <b>tre mesi</b> dall'intervento chirurgico si può riprendere la guida se non c'è alcun segno clinico di malattia, e in assenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- significative alterazioni elettro-cardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave.</li> <li>- di altre concomitanti condizioni cliniche</li> <li>-FE &lt; 40%</li> <li>- evidenza di ischemia miocardica a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia.</li> </ul> <p>Revisione dopo sei mesi e poi annuale.</p>	<p>Botallo: possibilità di scompenso cardiaco fare ecocardio (per flusso e scompenso), dilatazione arteria polmonare e endocarditi.</p> <p>DIA (tipo ostium secundum (dove c'è forame ovale) con diametro 2 cm, possibilità di aritmie ipercinetiche sopraventricolari e scompenso cardiaco.</p> <p>dia tipo ostium primum (sul piano atrioventricolare) se si associa a DIV e canale AV comune con possibilità di aritmie.</p> <p>DIV da pochi mm ad alcuni cm quadrati. possibilità di ipertensione polmonare.</p> <p>Fallot: ecocardio per ipertensione ventricolo dx.</p> <p>Anomalia di Ebstein: fare ecocardio e Holter per aritmie ipercinetiche</p>
---	--	--	---	---

<b>Vizi valvolari</b>	Fare sempre ecocardiogramma.	<p>Può guidare se si tratta di un vizio valvolare di scarso significato clinico senza alterazioni emodinamiche significative.</p> <p>In caso di alterazioni cliniche con dispnea, dolore toracico, aritmia, vertigini, storia di fatti embolici: NON IDONEO. IDONEO 4 settimane dopo l'intervento chirurgico, se: nessun segno clinico di malattia valvolare, assenza di significative alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave.</p> <p>Idoneo per 1 anno, poi fino a 3 anni.</p> <p>Solo fino a 1 anno nei soggetti ultra ottantenni.</p>	<p>Può guidare se si tratta di un vizio valvolare di scarso significato clinico senza alterazioni emodinamiche significative.</p> <p>In caso di alterazioni cliniche con dispnea, dolore toracico, aritmia, vertigini, storia di fatti embolici: NON IDONEO. IDONEO 3 mesi dopo l'intervento chirurgico, se: nessun segno clinico di malattia valvolare, assenza di significative alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave.</p> <p>Idoneo per 1 anno, poi fino a 2 anni.</p>	
<b>Trapianto cardiaco</b>	Visita cardiologia + relazione del chirurgo che ha eseguito l'intervento. Sempre test da sforzo o equivalenti.	<p>Almeno 6 settimane di non idoneità.</p> <p>Dopo IDONEO per un anno, poi fino a due anni se: assenza di sintomi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-risposta normale al terzo grado del protocollo di Bruce o equivalenti</li> <li>-assenza di scompenso cardiaco e sufficiente</li> </ul>	<p>Almeno 3 mesi di non idoneità.</p> <p>Dopo IDONEO per 6 mesi e successivamente fino a 1 anno se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-assenza di sintomi</li> <li>-risposta normale al terzo grado del protocollo di Bruce o equivalenti</li> <li>-assenza di scompenso</li> </ul>	

		35%) -assenza di effetti collaterali del trattamento farmacologico che possono avere influenza sulla guida	funzione ventricolare (FE > 40%) -assenza di effetti collaterali del trattamento farmacologico che possono avere influenza sulla guida	
<b>BY PASS</b>	Relazione del chirurgo che ha eseguito l'intervento. Test da stress e coronarografia all'occorrenza (specialmente in caso di pazienti superiori).	Almeno 4 settimane di non idoneità. Dopo idoneo: -in assenza di sintomi (angina, dispnea, aritmie, etc.) -in assenza di alterazioni significative elettrocardiografiche, -assenza di disturbi muscolo-scheletrici post-chirurgici, assenza di altre concomitanti condizioni. Ripetere tutti gli esami dopo 1 anno e dopo 2 anni: se negativi si può dare periodicità fino ad un massimo di 2 anni.	Almeno 3 mesi di non idoneità. Dopo idoneo: -in assenza di sintomi (angina, dispnea, aritmie, etc.) -assenza di altre concomitanti condizioni. - se non c'è evidenza di ischemia miocardica a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia. Revisione annuale, poi fino a due anni.	
<b>ANGIOPLASTICA</b>	Relazione del cardiologo che ha eseguito l'intervento. Test da stress e coronarografia all'occorrenza (specialmente in caso di pazienti superiori). Fare test da sforzo dopo 6 mesi.	Non idoneo per due giorni. Dopo può guidare se non si è verificato in episodio infartuale, prima durante o dopo la procedura, o altre complicazioni e se si hanno i segni di una buona rivascolarizzazione, anche in relazione alle condizioni che hanno portato all'intervento.	Non idoneo per 4 settimane. Dopo può guidare se non si è verificato in episodio infartuale, prima durante o dopo la procedura, e se si è avuta una buona rivascolarizzazione e non c'è evidenza di ischemia miocardica a seguito di stress adeguato (fisico o	<b>Test da sforzo fisico valido</b> = eseguito per più di 9 minuti se maschio o 6 minuti se Femmina e senza slivellamento ST > 2 mm) <b>Scintigrafia cardiaca</b> = assenza di ampi difetti di captazione scintigrafica.

		1 anno e dopo 2 anni, poi con periodicità biennale.	ECG, ecocardio-grafia o scintigrafia. Revisione dopo 6 mesi e poi annuale.	
<b>PACE MAKER</b>	accertamenti diversi in dipendenza dalla causa dell'impianto. Sempre controllo del funzionamento del PM.	NON IDONEO per due settimane dopo l'impianto. Idoneo a condizione di una risposta normale a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia. Revisione fino a due anni	NON IDONEO per un mese dopo l'impianto. Idoneo a condizione di una risposta normale a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia. Revisione annuale.	
<b>ICD</b>	Lettura ICD. Test da sforzo. ECG secondo Holter.	NON IDONEO per 6 mesi dopo l'impianto. Dopo idoneo se non vi siano stati sintomi significativi e se il soggetto è in grado di fornire una risposta normale all'esercizio. Idoneo fino a 1 anno in caso di impianto profilattico (soggetto sempre stato asintomatico ma con alto rischio di aritmia), altrimenti 6 mesi in caso di soggetto che abbia manifestato episodi aritmici o sincopali. Non IDONEO per 1 settimana dopo il cambio delle batterie. Rivedere l'idoneità se vi sia stata scarica.	NON IDONEO	