

### **Valutazione dei conducenti diabetici**

Abbiamo suddiviso questo argomento che c'è stato assegnato in due parti: una prima parte introduttiva ove ripercorrerò sinteticamente il cammino che la normativa ha fatto in questi anni. Ho ritenuto, infatti, di dover ricordare questi aspetti, anche se può sembrare pleonastico, perché effettivamente vedremo come le norme, le direttive, le circolari, le linee guida che si sono susseguite nel tempo, siano state sovente contraddittorie o talvolta poche dettagliate, disegnando un andamento affatto lineare e logico. E se è vero, come è vero, che nel prossimo futuro noi dovremo percorrere la via della qualità e i nostri servizi dovranno necessariamente andare verso un accreditamento istituzionale, occorrerà disporre di criteri valutativi validati, condivisi che discendano da un dispositivo normativo chiaro e coerente. Il Dipartimento della Prevenzione dall'ASL 7 e dunque la nostra U.F. di Medicina Legale, ha addirittura iniziato su questa strada un percorso difficile alla fine del quale lo scopo è di ottenere la certificazione ISO 9001, è un obiettivo certamente impegnativo ma credo sostanzialmente obbligato.

Quindi noi avremo bisogno di standard predefiniti che siano certi, che siano appunto condivisi e che poi siano rispettati da chi le deve porre in atto. Ci sono, nel capitolo che riguarda l'idoneità alla guida, degli aspetti, delle aree poco chiare come più volte abbiamo sentito anche stamane. Per esempio sulla sicurezza e la certezza dei dati in relazione alle cause degli incidenti della strada in rapporto alla maggiore o minore validità di un soggetto o alle varie patologie che possono essere reale fonte di rischio. In realtà non abbiamo dati chiari e davvero validi, ciò porta ad avere norme, parametri e criteri di cui non sappiamo la reale efficacia. Nella nostra attività cerchiamo di applicare la metodologia Medico Legale e naturalmente rispettiamo le indicazioni di legge, tuttavia non sappiamo quanto l'applicazione e il rispetto di queste norme sia davvero efficace.

Ripercorrendo, rapidamente, l'impianto normativo e partendo dal decreto legislativo 30 aprile 1992 e cioè dal "Nuovo codice della strada" tuttora in vigore, all'art. 119 si afferma: "Non può ottenere la patente di guida .. chi sia affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale tale da

impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore”, si indica, poi, che l'accertamento “è effettuato dall'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale, da un medico responsabile del distretto sanitario, da un medico del Ministero della sanità o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio o da un medico della Polizia di Stato ecc

Nel Regolamento di esecuzione e di attuazione (D.P.R. 495/92) all'Appendice II ricorda le malattie che escludono il rilascio della patente con le specificazioni indicate. Per i soggetti diabetici “la patente di guida non deve essere rilasciata, né confermata ai candidati o conducenti colpiti da complicazioni oculari, nervose o cardiovascolari o da acidosi non compensata, di entità tale da pregiudicare la sicurezza della guida.

A giudizio della commissione medica locale a seguito di accertamenti specialistici eseguiti da strutture pubbliche, la patente di guida può essere rilasciata o confermata quando non vi siano complicazioni di entità sia tale da non pregiudicare la sicurezza della circolazione.

La patente di guida delle categorie C, D, E non deve essere né rilasciata né confermata a candidati o conducenti diabetici che abbiano bisogno di trattamento con insulina.

E' del 1994 il Decreto Ministeriale che recepisce la direttiva europea n. 439 del 1991; le patenti vengono suddivise in due gruppi *Gruppo 1* per le categorie A, B, B + E e sottocategorie A1 e B e *Gruppo 2* per le categorie C, C + E, D, D + E e rispettive sottocategorie C1, C1 + E, D1 e D1 + E, questa suddivisione sarà poi importante nella stesura delle linee guida. Per il gruppo uno, la patente può essere rilasciata e rinnovata con un parere del medico autorizzato, qui ovviamente si comincia a fare riferimento al medico monocratico, per il gruppo due non viene rilasciata o rinnovata con trattamento di insulina salvo casi eccezionali debitamente giustificati dal parere del medico monocratico. Con il Decreto Ministeriale del 28 giugno 1996 si torna indietro e viene (ri)confermato l'allegato II dell'art. 320 del D.P.R. 495/92, si annulla il DM del 1994, quindi di nuovo una inversione di rotta. Pare evidente come questo andamento a volte contraddittorio delle norme che regolano questa nostra materia sia dovuto principalmente a due aspetti: il primo è quello della tutela del traffico, della necessità di ridurre gli incidenti ed aumentare la sicurezza della circolazione; l'altro è, direi visibilmente, quello delle pressioni esercitate sul legislatore dalle associazioni in

rappresentanza di categorie di “pazienti” particolarmente attive, quale senza dubbio è quella dei soggetti diabetici.

Con la circolare del Ministero della Sanità del 18 dicembre 1997 un gruppo di lavoro sulla sicurezza del traffico presso il Consiglio Superiore Sanità emette delle “Linee guida per l'applicazione della normativa inerente il rilascio ed il rinnovo della patente di guida a candidati o conducenti colpiti da diabete”, indicazioni effettivamente abbastanza dettagliate che danno una certa sicurezza del percorso posto che, come abbiamo sentito anche stamani, una delle esigenze che noi abbiamo è proprio quella della omogeneità dei giudizi, poiché, il cittadino-utente che va dal medico monocratico o presso le Commissioni per il rilascio del certificato che permette di prendere la patente si aspetta non solo il mero documento cartaceo ma si aspetta correttezza, attinenza alla normativa e pretende omogeneità di giudizio. Dunque con il Decreto del Ministero dei Trasporti del 16 ottobre 1998 si dà operatività alle linee guida, viene di nuovo superato il Decreto del 1996 e si dà nuovamente applicazione alle direttive europee peraltro del 1991 e già approvate dal D M - Ministero dei Trasporti del 8.8.94, poi, appunto, sconfessate dal D M - Ministero dei Trasporti del 28.6.96. In pratica si torna al 1994.

Con la legge 7 dicembre 1999 n. 472 si modificano gli articoli 119 e 126 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 affermando che “l'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici specialisti dell'unità sanitaria locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida”.

Le Commissioni sono integrate dal diabetologo e si pone come massimo un anno di validità per i soggetti con patenti del gruppo II trattati con insulina.

La legge delega del 2001 a mio parere inizia a indicare la direzione giusta da percorrere. Si parla degli obiettivi da perseguire indicando come prioritari quelli della sicurezza, si esplicita la necessità di coordinare e armonizzare le norme del codice, di semplificare e snellire le procedure e di rivedere in sostanza tutta la disciplina per la concessione della patente di guida sempre con l'obiettivo della sicurezza.

Questa è una pietra miliare nella strada che dovremo percorrere da qui in avanti e penso davvero che sia la via giusta. Sempre nella legge delega si fa riferimento, ad

ampliare le competenze del Comitato Tecnico il quale ha il compito di fornire alle Commissioni Medico Locali l'informazione sul progresso tecnico e scientifico che abbia riflessi sulla guida dei veicoli a motore, si prevedono linee guida per la valutazione delle capacità di guida delle persone disabili da diramare alle Commissioni Mediche Locali, si afferma che devono essere elaborate proposte di indirizzo e coordinamento delle Commissioni Mediche Locali, e infine si specifica, che il "Medico specialista" deve essere identificato nell'area della diabetologia e delle malattie del ricambio, posto che evidentemente prima non era ben specificato e infatti come sappiamo ha creato in quel tempo una discreta confusione.

Viene, dunque, ancora recepita una direttiva Europea e sostanzialmente nulla cambia perché di fatto l'allegato III della precedente direttiva Europea non viene modificato per cui praticamente resta immutata l'applicazione del Decreto Ministeriale del 1994 che recepiva le direttive europee del 91, ecco che si inizia ad avere una certa continuità.

Con la Delibera della Regione Toscana n. 490 *del* 20-05-2002: "Linee guida per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie ai soggetti affetti da diabete mellito", si afferma che l'accertamento è effettuato da medici specialisti nell'area della Diabetologia e Malattie Metaboliche della USL che limitatamente a questo aspetto assumono funzioni medico-legali e quindi in grado di esprimere il parere sul rilascio o rinnovo della patente oltre che sulla durata, inoltre, si individuano i centri di riferimento nei Servizi pubblici di Diabetologia e Malattie Metaboliche e di Diabetologia Pediatrica. Per quanto attiene ai soggetti con patologie coesistenti (che non si identificano con le complicanze proprie del diabete) tali da compromettere la capacità di guida e le patenti C,D,CE, DE e Sottoc. si ribadisce che devono rivolgersi alle CML ove il diabetologo dovrà valutare: durata della malattia, la terapia, complicanze e loro gravità, episodi ipoglicemici, l'autocontrollo, la compliance alla malattia. Vengono, inoltre, indicati per le complicanze diabetiche quali sono gli esami da effettuare e quali gli approfondimenti necessari e praticamente si fornisce una griglia sulla valutazione dei singoli casi e delle fasce di soggetti per gravità di malattia indicando le relative limitazioni oppure l'invio alla Commissione Medica Locale.

Da ultimo vi sono le "Linee guida per l'accertamento e la valutazione della capacità alla guida di soggetti affetti da diabete per il conseguimento la revisione o la

conferma delle patenti di categoria A, B, BE", emanate con Nota circolare del Ministero della salute in data 4 maggio 2006. In tale documento si afferma che la certificazione del diabetologo non ha valenza autonoma, ma valuta unicamente l'espressione clinica della malattia, indica l'eventuale scadenza e va ad integrare il giudizio dei medici abilitati al rilascio. La scadenza anticipata sarà valutata sulla base del rischio della perdita di idoneità in riferimento alla probabilità di modificazione del quadro, alla sua velocità di progressione desumibile da dati clinici e di laboratorio, quali la valutazione dello stato del controllo glicemico (emoglobina A1c e glicemia), la pressione arteriosa, una adeguata terapia, l'età, l'assenza di complicazioni.

Come si può ben vedere anche tale direttiva è ben trascrivibile in una griglia con esemplificazione delle diverse fattispecie si nota che come vengano sostanzialmente ripercorse le indicazioni presenti nelle Linee Guida Toscane, anche se mi pare che le Toscane fossero maggiormente dettagliate.

Da ultimo è interessante comparare rapidamente quello che succede nei Paesi Europei vicino a noi. Nel Regno Unito ad esempio sono più rigidi ed anche se ora non possiamo, per ragioni di tempo, andare nel dettaglio, si può notare una maggiore severità soprattutto per quanto riguarda le patenti del gruppo 2. Anche in Francia la situazione è analoga, da sottolineare che nel gruppo 2, cioè per le patenti superiori, in caso di trattamento insulinico la patente non viene rilasciata a meno di casi eccezionali inerenti a effettivi motivi di lavoro e limitatamente ad un periodo occorrente al soggetto per trovare un nuovo lavoro e sollecita il Medico ad indirizzare il soggetto verso una attività più idoneo al suo stato di salute. Anche le indicazioni valide per la Spagna come si vede sono sostanzialmente sovrapponibili.

Terminando con le argomentazioni iniziali si deve ammettere come gli strumenti in nostro possesso siano ancora inadeguati, non permettendo una valutazione omogenea a livello nazionale. Dobbiamo, dunque, ancora lavorare su questa strada e continuare nello sforzo di produrre normative più semplici e più facilmente applicabili, ma soprattutto delle linee guida che siano davvero condivise e che diano una accettabile garanzia di essere applicate univocamente dalle nostre Commissioni Mediche Locali.

## **DOTTOR ALESSANDRO PANICHI - U. F. Medicina Legale Az. USL 7 di SIENA**

Cercherò di essere il più possibile sintetico, perché vista l'ora non è facile parlare di ipoglicemia. Questa frase tratta da un famoso film che tutti certo conoscete, dove i due attori, ogni qual volta che dovevano pagare, andavano un po' avanti e un po' indietro, mi ha dato lo spunto per l'inizio di questa mia dissertazione. Dunque già dall'intervento del collega che mi ha preceduto si è visto come tutto ruota attorno a questa figura centrale che è il soggetto diabetico: un complesso apparato che lo deve giudicare o meglio che deve valutare la sua idoneità alla guida.

Anzitutto, due notizie sul diabete: è noto che si tratta di una malattia le cui complicanze e l'incidenza sono molto elevate. Ecco un aspetto che vorrei mettere in risalto: i dati della nostra Regione. Ben 97000 casi, il 2,7 della popolazione e c'è una previsione addirittura per gli ultra 65enni che nel 2050 saranno il 34%. Ancora brevi notizie, la più interessante: dopo gli 85 anni si ha una incidenza molto elevata, pari addirittura del 25%. Per quanto riguarda i numeri della nostra provincia, che ovviamente riguardano una piccola fetta della realtà Toscana e quindi non vogliono avere nessuna pretesa definitoria, sono tuttavia abbastanza indicativi. Rispetto al dato Regionale del 2,7%, quello di Siena non si discosta del 2,48%, quindi abbiamo una popolazione di 6062 soggetti diabetici. Si tratta di un dato certo, ricavato dall'esenzione del ticket. La popolazione dei diabetici che afferisce in qualità di utente alla Commissione Medica Locale è pari a 2078 soggetti. Sono dati che si riferiscono al periodo 2001-2006. Le strutture che in ambito provinciale si occupano dei soggetti diabetici sul piano clinico sono tre: una all'Azienda Ospedaliera Universitaria e due che per l'Azienda USL operano a livello zonale nei due monoblocchi esistenti.

La nostra CML ha dal 2001 il diabetologo all'interno della commissione, e collaboriamo con i centri diabetologici prima ricordati. Il tempo di attesa per tutti gli accertamenti e dunque anche per i diabetici che riusciamo a garantire è di un mese, un mese e mezzo. Vi prego ora di porre un attimo di attenzione ai dati riferiti ai soggetti diabetici perché potranno essere oggetto nell'interventi serali di qualche interessante discussione. Questo è il rapporto fra il numero di tutti gli utenti e il numero dei diabetici e come vedete siamo attorno alle 500 unità all'anno. Anche in questo grafico sempre suddiviso per anno tra il 2001 al 2006 si può vedere il valore percentuale dei diabetici rispetto all'utenza complessiva afferente alla Commissione pari al 14%. Qui abbiamo vi

è la distribuzione per età e per sesso, in azzurro i maschi che ovviamente prevalgono, come del resto per la totalità dell'utenza della Commissione. Da rilevare come questo dato è in accordo con i dati Nazionali come la percentuale massima d'incidenza per età del diabete è da 50 anni in poi. Si tratta di un dato importante soprattutto con questo picco dei 70enni e 80enni che rappresenta, e lo vediamo anche per l'utenza dei soggetti diabetici. Sono, infatti, le persone più anziane che si rivolgono alla Commissione, quindi questo va considerato quando si applicano i criteri valutativi, perché non è solamente la malattia diabetica, ma abbiamo a che fare con problematiche più generali che riguardano patologie o comunque il fisiologico invecchiamento con tutto quello che comporta. Questo è un rapporto tra chi in Commissione ha solo la malattia diabetica, ovviamente complicata, inclusi anche i soggetti con categorie superiori la C D e la E e in verde vediamo la colonna dei soggetti diabetici nei quali coesistono altre affezioni codificate secondo gli articoli 320 o patenti speciali o altre malattie invalidanti. Ancora rapidamente, questi sono gli accertamenti sempre nei bienni suddivisi dal 2001 al 2006 riguardo alle categorie, la prevalenza è sempre della patente B, ma si noti come con il passare degli anni si è avuto una successiva diminuzione dai 1400 del 2001 siamo passati agli 800 accertamenti per la categoria B, quindi c'è stato un certo calo, un decremento ovviamente prevedibile in quanto una quota di utenza è evidentemente migrata verso i centri di diabetologia. Andando avanti procedura si vede la procedura di accesso alla Commissione, qui vado rapidissimamente perché credo che sia un po' tardi, ma siccome si parla molto di omogeneizzazione vorrei che questi elementi fossero in sostanza rispettati e corrispondenti a quanto avviene in altre Commissioni Mediche. Avanti, ecco noi usiamo il protocollo regionale per quanto riguarda la richiesta degli esami, ci atteniamo fedelmente a quello e i risultati sono abbastanza positivi ed anche se per quanto riguarda il discorso delle classi di rischio e quindi anche della durata del periodo di validità concesso dobbiamo sempre tener conto della coesistenza di affezioni che rendono e innescano dei meccanismi che ci portano talvolta a non rispecchiare quelle che sono le indicazioni delle linee guida regionali. Da ultimo, dunque, devo mostrare l'ultima slides sulle cause di non idoneità nella Provincia di Siena, le cause maggiormente responsabili della non idoneità sono: il valore della emoglobina elevato è causa di inabilità temporanea non idoneità mentre la retinopatia risulta essere quella più presente come causa di una inidoneità permanente. L'ultima cosa e veramente termino, prima la collega dottoressa Ganci diceva che è cambiata la normativa; in realtà i Medici

Diabetologici non sono più autorizzati, lo sappiamo, a rilasciare l' idoneità o comunque fare la valutazione finale. Ci chiediamo allora quale sarà adesso il concetto applicativo per la valutazione dei requisiti di idoneità del giudizio Medico Legale per la malattia diabetica e che valore avrà il dato prognostico della malattia. Cosa ci dirà adesso il diabetologo? Dal momento che è rimasta ancora la scheda valutativa dove è contenuta la proposta della durata della validità si potrebbe, in ipotesi, una divergenza di giudizio tra il Medico Clinico e il Medico che dà l' idoneità alla guida, si può avere cioè un contrasto fra chi appone la firma sul documento e su il diabetologo e di contro con l'utente, che si vedrà negare anni di validità concessi dal clinico e diventa poi estremamente difficile spiegare la motivazione ad esempio la presenza di altri requisiti che il diabetologo non ha potuto considerare, ma che il Medico esaminatore necessariamente dovrà considerare. Termino qui e vi ringrazio per il cortese ascolto.