

Segretario Nazionale COMLAS - Dott.ssa Simona Del Vecchio

Indicazioni cliniche di comportamento, lo stato attuale delle LG in CML

Salve, buongiorno a tutti.

A me il compito di aggiornarvi sullo stato attuale delle linee guida per le Commissioni Mediche Locali. Innanzitutto una notizia che credo interessi anche voi, la qui presente, dott.ssa Giuseppina Terranova, che gestisce il nostro sito del Coordinamento dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie (www.comlas.it) provvederà ad introdurre la settimana prossima le linee guida che vi presenterò, almeno quelle che sono già state definite, e ci farebbe piacere che chi vuole se le leggesse e facesse anche le sue obiezioni, in senso favorevole o contrario, perché nel minor tempo possibile noi produrremo le linee guida edite a stampa e non solo, perché abbiamo sentito la necessità di integrare, come Coordinamento, la normativa attualmente vigente con le conoscenze mediche dei nostri tempi. Tutto si evolve, si evolve anche la medicina e la norma non può rimanere vincolata; il codice Rocco ancora ce l'abbiamo, spero per poco, ma per quanto riguarda le cose che attengono alla medicina forse è il caso di cambiare le norme. Abbiamo cercato di elaborare delle linee guida clinico-organizzative sulla base non solo delle evidenze scientifiche esistenti ma consultando anche studi e protocolli, linee guida di altri paesi, europei e non europei, tenendo conto anche dei protocolli regionali (i Vostri, quelli dell'Emilia dove lavoro e di tutte le altre Regioni che ce li hanno forniti) e delle esperienze personali degli operatori perché anche l'esperienza conta. Abbiamo cercato di elaborare un prodotto che si adattasse alla realtà italiana e che fosse facilmente accessibile. Le linee guida sono numerosissime; nel convegno di Genova il collega Lafisca ne aveva fatte vedere moltissime. Per chi volesse comunque consultarle e me lo chiede ho tutti i riferimenti bibliografici che volete. Dovremo seguirne l'adozione cercando anche la comprensione da parte delle Istituzioni che dovrebbero, a mio avviso, dare maggiore considerazione ai prodotti scientificamente validi e non creare gruppi di studio con assemblaggi di diversa estrazione, non si sa neanche su quali basi. In un sistema di gestione del rischio

come quello dell'incidentalità stradale il presupposto fondamentale per l'attuazione di un quadro obbiettivo di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida è rappresentato dal fatto che tutti i soggetti affetti da particolari patologie o minorazioni hanno un maggior rischio di essere coinvolti in sinistri stradali rispetto alla popolazione generale. Il sistema di rilevazione dei dati, tra l'altro, non è perfetto nè affidabile visto che manca di fatto un progetto nazionale per le indagini, ad esempio, sui guidatori deceduti (sui quali troppo spesso le autopsie non vengono eseguite). Facciamo le visite esterne a chi muore in incidente stradale, falsando così in modo irrimediabile i dati ISTAT. La gestione del rischio può dipendere più che dalla natura del pericolo, dai limiti della visione politica e culturale dell'osservatore, quindi è condizionata dal sistema sociale, dalla visione del mondo e dalle premesse ideologiche di un gruppo sociale che determina la sua percezione del rischio. Ciò che si pensa del rischio è fondamentalmente determinato da un complesso sistema di credenze e valori ed il giudizio che si dà di esso è un problema di visione sociale; i concetti di affidabilità, consapevolezza e responsabilità che emergono nel dibattito sul rischio sono in effetti giudizi politici che esprimono momenti irrisolti e conflitti di valore all'interno di un sistema sociale. L'esigenza primaria per i medici è quella di tutelare il diritto alla salute e alla vita della popolazione, non è quella di difendere il diritto dell'individuo alla mobilità sui veicoli. L'accertamento dell'idoneità psicofisica alla guida dovrebbe essere demandato solo e soltanto a tecnici competenti, pertanto ai medici legali, anche in sede monocratica, e non genericamente alle strutture ASL cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale (e poi ti trovi in sede monocratica l'igienista, il cardiologo...). L'autocertificazione sottoscritta dall'interessato e prevista dalla normativa dovrebbe essere soggetta a controlli, altrimenti il falso non è mai verificabile, non è mai perseguibile se di fatto si può dire di tutto e firmare di tutto. La Medicina Legale, lo diceva anche Martelloni prima, è la disciplina del rigorismo obbiettivo, concettuale, tecnico ed è il medico-legale che ha la conoscenza del rapporto giuridico cui il fatto si riferisce. Questi principi metodologici dobbiamo applicarli attraverso una maggiore integrazione con gli specialisti; ci sono tematiche che senza di loro non

potremmo affrontare, sicuramente quelle relative alle dipendenze ed alle sostanze di abuso ed anche quelle relative alle malattie mentali, al diabete, patologia fine e complessa, agli arti (in questo caso è fondamentale il contributo di fisiatri, ingegneri, ortopedici). Nel 2006 il COMLAS ha organizzato un Convegno a Viterbo dal quale sono emerse tante utili indicazioni da parte di clinici come il Prof. Rizzotto (urologo), che ci ha messo in guardia nei confronti di quei soggetti che assumono farmaci alfa-1 bloccanti per malattie della prostata. Si tratta di farmaci che comportano effetti collaterali quali vertigini, sensazioni di svenimento, cefalea, sonnolenza, palpitazioni, crisi ipotensive, effetti ovviamente più frequenti alle prime assunzioni. I possibili effetti collaterali dei farmaci assunti, spesso per patologie di scarso rilievo, e le possibili conseguenze sulla capacità di condurre veicoli in modo sicuro dovrebbero essere attentamente considerati e valutati. Un altro capitolo importante è quello dei portatori di pace-maker. Nei pazienti portatori di pace-maker la fase più delicata è certamente quella dei primi giorni dall'impianto, quando maggiore è il rischio di dislocazione dei cateteri ed è anche più probabile che si debba modificare la soglia di stimolazione. Se ai controlli eseguiti non si evidenziano anomalie di funzionamento del dispositivo il paziente può ritenersi a minimo rischio di eventi sincopali, pertanto il pace-maker rappresenta un problema più limitato rispetto ad altre malattie dell'apparato cardiovascolare. Nelle nostre linee guida abbiamo previsto periodi di astensione dalla guida dopo eventi acuti o dopo procedure: ad esempio in caso di infarto del miocardio è previsto un periodo minimo di astensione dalla guida di due settimane per pazienti A e B, di almeno tre mesi per pazienti C D E (naturalmente si deve considerare anche l'estensione dell'infarto). Per un soggetto sottoposto a by-pass il periodo di astensione dalla guida sarà di quattro settimane per pazienti A e B, di almeno tre mesi per le pazienti superiori. In caso di impianto di ICD il periodo di astensione dalla guida è di sei mesi, la patente superiore non può essere concessa perché il defibrillatore è incompatibile di per sé. Spesso l'ICD viene impiantato a soggetti asintomatici che tuttavia sono considerati ad alto rischio di aritmie gravi a causa di una storia familiare o di altre condizioni: in questi casi prima dell'impianto non vi è mai stato un episodio aritmico e quindi l'ICD viene impiantato

a scopo preventivo. Se il soggetto ha presentato una cardiopatia ventricolare post-infartuale con una frazione di eiezione maggiore di 35-40, una tachicardia ventricolare rapida non inducibile, un arresto per due volte, il giudizio sarà molto probabilmente di non idoneità. Per quanto concerne le malattie neurologiche, pazienti A e B, è sempre necessaria la visita neurologica e sarebbe anche opportuno valutare i tempi di reazione a stimoli semplici e complessi. Nei casi in cui si associa un evidente rallentamento motorio trova indicazione una valutazione neuropsicologica. Ovviamente, qualora emergano una grave bradicinesia o bradipsichismo è meglio non concedere la patente, documentando opportunamente la decisione, come diceva prima la dottoressa Giannini, onde evitare ripercussioni di altro genere. Per quanto concerne il diabete la norma ha introdotto un modulo che deve essere debitamente riempito dal medico curante e poi dal diabetologo, nel quale si specifica se il diabete è complicato e quali sono le eventuali complicanze, per esempio la retinopatia; in caso di soggetto affetto da retinopatia è opportuno richiedere un campo visivo, esame che non viene eseguito nello stesso modo in tutte le sedi. Il campo visivo dovrebbe essere quello che utilizziamo di solito anche in invalidità civile per percentualizzare il danno, ossia il campo visivo a 100-120 gradi, su due-tre livelli soglia correlato per età. Il campo visivo dovrebbe essere monoculare (occhio destro ed occhio sinistro), come vuole la norma e come ci suggerisce anche la nostra esperienza, che è di circa 12000 certificazioni l'anno. Sugli esami da richiedere nel diabete di tipo uno e di tipo due i nostri protocolli forse sono prolissi; con valori superiori a 9 di emoglobina glicata sulle patenti superiori, se soprattutto ci sono anche altre iniziali problematiche, forse è il caso di riflettere. Altro capitolo interessante è quello della sindrome delle apnee notturne; i pazienti ad alto rischio non possono guidare fino a quando le condizioni di base non sono adeguatamente trattate. I soggetti con le patenti di categoria A e B non trascorrono normalmente molto tempo alla guida, quelli con le patenti C D E lavorano su camion e quindi trascorrono molto tempo alla guida oppure lavorano su pullman e trasportano passeggeri pertanto un eventuale incidente può determinare conseguenze più gravi; si deve pertanto tener conto in questi casi anche del tipo di uso che si fa della patente perché una patologia

del genere può influire in modo negativo sulla collettività. La malattia è caratterizzata, lo sapete tutti, da ripetute pause respiratorie, da sonnolenza diurna ed è frequentemente associata all'obesità; si tratta di soggetti ad alto rischio, che lamentano una severa sonnolenza durante il giorno. A questi soggetti le patenti superiori non dovrebbero essere concesse, a meno che non siano adeguatamente trattati ed in compenso (adeguatamente certificato). Il ritardo mentale è un altro capitolo complesso delle nostre linee guida, che abbiamo inserito nell'ambito delle malattie psichiatriche. In età adulta un ritardo mentale lieve provoca un arresto della fase dell'intelligenza operatoria concreta, una capacità di adattamento sociale e professionale discreta, un bisogno di aiuto magari in situazioni difficili e traumatizzanti ma un ritardo mentale medio già si arresta alla fase delle operazioni concrete semplici (corrisponde cioè ad un'età di 7-9 anni): si tratta di soggetti che hanno una discreta autonomia sociale ma necessitano di aiuto in situazioni traumatizzanti. Non voglio fare considerazioni discriminatorie ma ritengo che guidare non è un diritto, mentre il diritto di curarsi e di lavorare lo sono. Sono molti i gradi di ritardo mentale, si va dal lieve al profondo: l'età mentale di un ritardo grave è di 4-6 anni, il ritardo medio corrisponde ad un'età mentale di 6-8 anni. Un ritardo mentale grave e profondo non è idoneo per ogni categoria di patente. Nell'ambito delle malattie psichiatriche abbiamo poi i cosiddetti disturbi di personalità, caratterizzati dall'impulsività, da alterazioni della capacità critica, della capacità di giudizio e delle facoltà cognitive. Secondo la definizione del Prof. Piccione, psichiatra, la personalità è quel complesso di caratteristiche psicologiche profondamente interconnesse, in gran parte non coscienti e non facilmente modificabili, le quali si esprimono automaticamente in ogni aspetto del funzionamento della persona e sono perciò pervasive; questi tratti emergono da una matrice complessa di disposizioni biologiche dell'apprendimento e formano il profilo specifico dell'individuo nel percepire, nel sentire, nel pensare, nell'affrontare i problemi e nel comportarsi. E' chiaro pertanto che un paranoide, il quale se esposto a stress può presentare episodi psicotici brevi, non è idoneo così come uno schizotipico, la cui malattia è caratterizzata da distorsioni cognitive e percettive,

da deliri di varia natura, da episodi psicotici transitori, mentre uno schizoide può essere idoneo perché in questa malattia non vi è una alterazione degli impulsi ma solo dell'affettività e quest'ultimo disturbo in alcune occasioni può rendere difficile la valutazione del livello cognitivo che tuttavia di solito non è significativamente alterato. Tratto ora velocemente argomenti che ci interessano ma che saranno approfonditi e discussi nel pomeriggio: violazione dell'articolo 186. Abbiamo più volte sottolineato l'importanza assoluta dell'apporto specialistico e dell'informazione verso questi soggetti perché spesso si tratta di persone che ignorano o sottovalutano gli effetti dell'alcool sulla guida e magari pensano di poter guidare senza problemi dopo aver assunto alcolici ad una cena con gli amici. I markers bioumorali indicativi di abuso alcolico dovrebbero essere effettuati presso strutture pubbliche e in data il più possibile vicina a quella della visita. Il soggetto potrà essere considerato in remissione quando risulteranno soddisfatti i criteri diagnostici per abuso dipendenza da etanolo per un periodo ininterrotto maggiore o uguale a sei mesi (nel vostro protocollo i mesi sono 3 ma io credo che tre sia un limite un po' troppo basso per questo tipo di patologia). Pertanto se il soggetto alla prima visita presenta esami non significativi, anamnesi negativa, assenza di patologie correlate, si può confermare la patente per sei mesi, poi quando ritorna è possibile anche liberarlo (è il caso classico del soggetto fermato per un controllo dopo una cena con gli amici). Noi abbiamo previsto, nelle visite successive, un giudizio di idoneità di mesi dodici se il tasso alcoolemico è al limite della violazione (è evidente che c'è una differenza tra alcolemie di 1,5 e di 0,6). Se alla prima visita gli esami sono significativi, l'anamnesi è positiva e vi è presenza di patologie alcool correlate, il giudizio (motivato) sarà di non idoneità temporanea per almeno sei mesi o a tempo indeterminato, con invio al Centro Alcológico; se il giudizio del Centro è quello di abuso/dipendenza da alcool la Commissione esprime giudizio di inidoneità temporanea per non meno di mesi 12, a meno che il soggetto non sia in terapia (se il soggetto è in terapia il rinnovo delle patenti A e B lo possiamo concedere di volta in volta per mesi 6, analogizzando la situazione a quella metadonica fino a quando è in atto la terapia). Se il soggetto è in terapia con disulfiram non si possono

rinnovare le patenti superiori. Elemento fondamentale per la formulazione del giudizio è la presenza dell'alcolologo in Commissione Medica Locale, a prescindere dall'invio al Centro Alcolologico. Anche per l'articolo 187 sono fondamentali l'apporto specialistico del SERT, l'informazione al paziente, l'effettuazione degli esami su urine, capello (dove possibile) e quant'altro si ritenga necessario presso strutture pubbliche e in data recente rispetto alla visita. Per le patenti A e B, con esami nella norma, i periodi di validità sono inizialmente di sei mesi, alla seconda visita fino a un anno (ovviamente se tutto è negativo), al terzo controllo tre anni quindi validità di legge. Per le patenti C D E con accertamenti nella norma il periodo di validità è inizialmente di sei mesi (in Emilia Romagna noi diamo addirittura tre mesi), alla seconda visita un anno, al terzo controllo due anni quindi ai successivi controlli la validità sarà comunque biennale. Nelle pesanti violazioni dell'articolo 186 (intendo tasso alcolemico alto) e nelle violazioni dell'articolo 187 siamo dell'avviso di non concedere cadenza normale alle patenti superiori. Se il soggetto è in terapia con metadone il rinnovo per le patenti A e B sarà per mesi sei (come avviene per i soggetti che assumono disulfiram, fino a quando è in atto la terapia). Se il soggetto è in terapia con metadone non saranno rinnovate le patenti superiori fino a quando è in atto la terapia, successivamente il soggetto potrà ottenere il rinnovo in graduale concessione fino alla durata biennale (non superiore). Se il soggetto recidiva il comportamento si potrà concedere una idoneità per mesi sei, al secondo controllo rinnovo solo di patenti A e B per ulteriori mesi sei, se il soggetto perpetua il comportamento alla terza recidiva sarà giudicato non idoneo per anni uno a patenti A e B e permanentemente non idoneo a patenti superiori.

Uno dei nostri obiettivi più importanti è quello di fornire ai cittadini accertamenti di qualità, come ci ha più volte ricordato Martini e come ha detto prima Martelloni. Solo attraverso accertamenti di qualità possiamo garantire il rispetto dei diritti di tutti, sia di coloro che si rivolgono alle nostre Commissioni sia di coloro che ogni giorno popolano le strade.

Grazie per l'attenzione