

Ing. Damiano Zagli – Motorizzazione Civile di Pistoia

Il ruolo dell'ingegnere nell'attività della Commissione Medica Locale

Ritengo che questo confronto, oltrechè necessario per affrontare in modo condiviso e omogeneo, almeno in ambito regionale, le problematiche relative agli accertamenti previsti dall'articolo 129 comma 4 sia doveroso e utile per aiutare l'utenza, cui è rivolta la maggiore opera delle Commissioni Mediche Locali, cioè alle persone che spesso hanno problemi di mobilità e autonomia e conseguentemente più difficoltà nelle relazioni sociali e nell'inserimento nel mondo del lavoro.

Questo è quindi lo sforzo e il difficilissimo impegno delle commissioni mediche locali, garantire da un lato ai conducenti, anche diversamente abili il diritto alla mobilità ed all'autonomia ed il diritto alla sicurezza a tutti gli utenti delle strade e dall'altro lato omogeneità di trattamento sul territorio nazionale. A questo proposito permettetemi di ampliare, brevemente, il panorama del congresso per plaudire all'iniziativa in ambito mondiale delle Nazioni Unite della Organizzazione Mondiale della Sanità che, per la prima volta, hanno indetto la settimana mondiale della sicurezza stradale dal 23 al 27 di Aprile 2007 ed alla quale il Ministero dei Trasporti dedica numerose iniziative come l'apertura alle scolaresche degli uffici della Motorizzazione Civile, che opera a 360 gradi tutto l'anno per la sicurezza stradale nel campo delle revisioni e dei collaudi dei veicoli, per il trasporto delle merci pericolose, nel rilascio di tutte le patenti di ogni ordine e grado ed in altre attività correlate con quelle delle Commissioni Mediche come ad esempio le sanzioni accessorie di revisione della patente sia tecnica che medica secondo l'articolo 128 del Codice della strada. Rispetto a questo argomento devo evidenziare un notevole incremento di segnalazioni per dubbio sulla persistenza dei requisiti psicofisici dei conducenti. Abbiamo fatto una statistica con la Dott.ssa Raffaella Giannini notando che solo il 10% dei casi segnalati, erano pregevoli di esser presi in considerazione per l'effettuazione della visita della revisione medica della patente. Quindi il rischio è quello di intasare l'Ufficio della Motorizzazione che soffre di carenza di personale del 30% rispetto all'anno 2000, a fronte di un aumento considerevole del lavoro del reparto

incidenti e contenzioso dovuto all'introduzione dell'articolo 126 bis e ad altre novità del Codice della Strada come l'introduzione della targatura dei ciclomotori con conseguente creazione di archivio informatico. Quindi chiedo una collaborazione da parte dell'ASL3 per affrontare il lavoro in modo più mirato infatti, pur facendo alla fine tutte le convocazioni per le revisioni straordinarie, se non si restringe il campo ai casi veramente gravi, si ritarda l'intervento sui casi più urgenti e gravissimi previsto dall'articolo 128 stesso. E' evidente che il caso di persona con un leggero diabete non è confrontabile con quello di chi ha subito un infortunio tale da non avere più l'uso delle gambe. Bisogna impegnarci a far sì che le Amministrazioni si raccordino in modo da prendere provvedimenti tali da rendere il più possibile rapido lo strumento della revisione, rispetto ai casi più gravi. Bisogna purtroppo constatare che le persone invitate dall' U.M.C., cioè dall'ufficio della Motorizzazione Civile, se non si presentano a visita medica di revisione per l' art. 128 del C.d.S., non è prevista alcuna sanzione, ma il ritiro della patente viene previsto soltanto nel momento nel quale il conducente viene trovato alla guida del veicolo, senza essersi presentato a visita presso la Commissione Medica.

Acquistano, ovviamente, importanza fondamentale i controlli su strada ed è evidente a questo riguardo, che ogni successo del programma della sicurezza stradale, che non ci voglia vedere fanalino di coda in Europa, rispetto al cosiddetto libro bianco della Commissione Europea, deve passare principalmente da una educazione scolastica della sicurezza stradale che solo parzialmente e tardivamente è stata introdotta nel nostro Paese, con l'obbligo dei corsi per il conseguimento del certificato per la guida dei ciclomotori. Il programma di azione Europeo per la sicurezza stradale vuole tendere al dimezzamento del tasso dei decessi nell'arco di tempo dal 2003 al 2010, anche se è da notare che ad esempio che nel Regno Unito, con un numero di abitanti e di veicoli paragonabile a quello dell'Italia, il numero dei decessi per incidenti stradali nel 2003, sommando pedoni, ciclisti, conducenti, trasportati su motocicli e autovettura era pari a 3494 mentre in Italia era pari 5679. Appare chiaro il divario tra le due realtà ed anche a quali modelli dovremmo fare riferimento per centrare il doveroso obiettivo. Gli strumenti più efficaci ed importanti sono quelli legati alla prevenzione, visto che negli

incidenti stradali, i cui rilievi e verbali giungono da tutta la Provincia all'ufficio della Motorizzazione, consentono di rilevare che negli ultimi tre anni l'attribuzione degli incidenti è da imputare ad errori del conducente o per inefficienza psicofisica dello stesso per il 96% dei casi (praticamente la quasi totalità), mentre per l'inefficienza del veicolo l'1% dei casi. Minima anche la percentuale (3%) dovuta a cause inerenti le carenze della segnaletica e più in generale delle infrastrutture stradali.

Quindi è sull'educazione del conducente e sul controllo delle sue condizioni psico-fisiche che bisogna lavorare. C'è una grossa lacuna da colmare riguardo all'educazione stradale, che non è mai stata fatta fin dalle scuole elementari, anzi con una diseducazione sociale esercitata dai Media, completamente aggressiva in questo senso dove continuamente sono proposte nelle pubblicità modelli di comportamento contrari alla prudenza e al rispetto delle regole sociali. I risultati sono paragonabili, in termini di feriti, di invalidi e di morti, a quelli che scaturiscono dalle guerre esistenti sul nostro pianeta.

Tutti gli Stati membri sono impegnati a rafforzare i controlli stradali e in Paesi come la Francia nel 2006 sono stati fatti circa 7 milioni e mezzo di controlli; in Inghilterra circa 5 milioni e trecentomila controlli e in quest'ultimo Paese si sta studiando un sistema satellitare di controllo della velocità, dei km percorsi dai veicoli ai fini fiscali e assicurativi e anche in caso di verifiche per eventuali incidenti. Questi sono i Paesi nei quali si vuole debellare effettivamente questo fenomeno di mortalità assurda, e c'è anche un impegno nella ricerca nella Comunità Europea per sviluppare nuove tecnologie e sistemi per la sicurezza degli autoveicoli sia attiva che passiva. La sicurezza attiva comporta sistemi che cercano di prevenire il verificarsi degli incidenti come sistemi frenanti ancora più efficaci di quelli con ABS e EBS attuali, pneumatici che in caso di scoppio o foratura non provocano perdita di controllo del veicolo, sono già sperimentati in alcuni casi anche montati su alcuni tipi di veicoli, anche se non ancora pienamente affidabili. In altra direzione di ricerca si stanno approntando sistemi elettronici collegati a satelliti, che fanno sì che il veicolo deceler automaticamente nel caso di ostacoli sulla strada o di condizioni meteo avverse come la nebbia o di guida di autoveicoli da parte di non vedenti. Vi sono poi adattamenti per disabili, e questo è quello che più ci riguarda, il

cui utilizzo è sempre più facilitato ed efficace come ad esempio con i comandi a utilizzo vocale o con joystick. Si stanno facendo anche ricerche per predisporre le autovetture di dispositivi che bloccano la marcia nel caso in cui il conducente abbia un tasso alcolemico sopra i limiti di legge.

Mentre per la sicurezza passiva si sta lavorando su materiali e dispositivi il cui comportamento in caso di incidente porta a minimizzare gli effetti negativi dell'impatto sugli occupanti l'abitacolo. Fanno parte di questo aspetto carrozzerie e dispositivi costruiti in materiali compositi che collassano in modo predeterminato in modo da salvare i passeggeri se le velocità non sono eccessive. Nel caso di autovetture adattate per disabili i dispositivi sono studiati e applicati in modo tale da non compromettere l'efficacia dei sistemi di sicurezza sia attiva che passiva, ne sono un esempio le soluzioni per eliminare le possibili interferenze fra acceleratore manuale al volante e l'airbag del posto conducente.

Il miglioramento delle infrastrutture stradali, purché incida minimamente nel bilancio complessivo delle vittime della strada, va comunque affrontato. Un esempio è costituito dalla sostituzione degli incroci regolati da semaforo rispetto a quelli regolati con rotatoria, ormai largamente effettuato dalle Amministrazioni locali più avvedute. Non è, inoltre, da sottovalutare l'importanza dell'educazione stradale nelle scuole e quella delle campagne di sensibilizzazione sociale. In questo quadro e per i delicati compiti loro attribuiti nel campo della sicurezza stradale operano le componenti dell'azione sanitaria come il Comitato Tecnico Nazionale, le Commissioni Medico locali, la Commissione superiore delle Ferrovie dello Stato, i medici di cui agli articoli 119 comma 2 del Codice della strada. Prendiamo in analisi il Comitato Tecnico Nazionale di cui all'articolo 119 comma 10 del Codice della strada, nel quale sono rappresentati un po' tutti gli interessati al progresso tecnico-scientifico che abbiano riflessi sulla guida dei veicoli da parte dei disabili fisici. La direttiva dirigenziale 4324 M 334 del 13/10/2004 dà la composizione di questa Commissione nella quale vi sono rappresentati 5 componenti del Ministero dei Trasporti, di cui il Presidente, 4 del Ministero della Sanità, 1 componente della Direzione Sanitaria delle Ferrovie dello Stato e 2 componenti rappresentanti delle persone

diversamente abili . Tale Comitato Tecnico, nel corso degli anni, ha prodotto varie direttive di natura tecnico-operativa assai importanti quali sussidio all'attività delle Commissioni Medico Locali ed alla loro uniformità di comportamento, che hanno valore di Legge poichè ad esse rimanda l'articolo 327 comma 2 del DPR 495/92. Analizziamo le principali direttive del Comitato Tecnico Nazionale. Dopo la legge 111/88, che aveva innovato profondamente diversi aspetti normativi portando l'Italia a parziale recepimento della direttiva 80/1263 CE, con l'abolizione della patente F con l'introduzione della B speciale, l'eliminazione del limite di potenza e della targa del veicolo da poter condurre sulla patente e dell'impedimento al conseguimento alla revisione o al rinnovo della patente per coesistenza di più minorazioni invalidi (prima di questa legge non si poteva avere un braccio e una gamba invalide per poter condurre un veicolo);

con l'emanazione della circolare 148/91, che aveva dato nuove linee indicative circa gli adattamenti di categorie d'invalidità per la guida e l'entrata in vigore del Codice della strada e del regolamento di attuazione dello stesso del '93, la direttiva 96/47 ha introdotto il nuovo formato della patente Europea di guida recepita in Italia con DM 16/07/98 e quindi il passaggio alla patente formato card . Con la direttiva 97/26, recepita nel 1999, si adottano a livello comunitario codici armonizzati indicanti correzioni, protesi, adattamenti del veicolo per consentire che in tutti i Paesi della Comunità Europea fossero compresi i dati riportati sulla patente in tutta Europa (col codice 01 si sa che vi è l'obbligo del conducente di guidare con lenti, col codice 10.02 si sa che c'è l'obbligo del cambio automatico e la verifica è agevole in ogni paese europeo da parte degli agenti preposti alla sicurezza stradale). La circolare del Ministero dei Trasporti 3722 4630 del 12/06/2000 esplicativa rispetto al DM 23/02/1999, dava una serie di indicazioni operative sia per le Commissioni Mediche che per gli Uffici della Motorizzazione Civile, tra i quali quello di utilizzare in caso di più minorazioni predeterminati codici cumulativi, peraltro non più obbligatori.

La direttiva 3028 M 333 del 30/07/2003, ha tentato di fare ordine rispetto alle norme allora in vigore riclassificando le possibili situazioni di handicap agli arti, con o senza protesi, descrivendo in modo dettagliato le varie tipologie di minorazioni e

considerandole, non soltanto dal lato clinico, ma soprattutto dal lato funzionale, sulla base cioè dell'utilità, che ad esempio un arto ha in base all'ampiezza dei movimenti alla forza residua e alla rapidità dei movimenti stessi, nell'uso del comando su cui solitamente esso deve intervenire, prevedendo anche l'ausilio di eventuali protesi. Analizziamo i vari aspetti operativi prendendo ad esempio una generica minorazione di questa direttiva, una tra le più semplici, per vedere il funzionamento: minorazione all'arto inferiore sinistro. Si possono verificare i seguenti casi:

1 caso: il fisiatra insieme alla Commissione verifica che la minorazione non è invalidante ai fini della guida e allora viene rilasciato il certificato medico per la patente normale;

2 caso: il fisiatra e la Commissione hanno dubbi riguardo alla forza dell'arto e/o al suo movimento nella sua ampiezza, rapidità o precisione, allora in base al disposto di cui all'articolo 119 comma quarto lettera A del codice della strada qualora il giudizio d'idoneità non possa essere formulato in base ai soli accertamenti clinici si possono avere questi due sottocasi:

2.a: se si dispone di una specifica attrezzatura tarata che permetta di valutare in modo oggettivo e ripetibile i requisiti suddetti e se le prove permettono di verificare che l'arto sia idoneo, potrà essere rilasciato certificato per patente normale, viceversa se risulta insufficiente dovrà essere rilasciato certificato per patente speciale con adattamento a scelta dell'utente fra frizione automatica con codice Europeo 15.03 o cambio automatico con codice 10.02;

2.b: se non si dispone dell'attrezzatura di cui al punto 2a allora ai sensi dell'articolo 119 comma quarto si deve effettuare prova pratica di guida. Se l'arto è efficace si rilascia il certificato medico d'idoneità per la patente normale se invece è inefficace anche per uno dei requisiti suddetti, il certificato medico viene rilasciato per patente speciale con adattamenti a scelta dell'utente fra codice 15.03 e codice 10.02. Questo è possibile però soltanto nei casi di conferma o di revisione della patente, altrimenti non si può effettuare la contestuale prova di guida prevista dall'articolo 119 del Codice della Strada;

2.c: la persona deve conseguire la patente di guida e quindi si deve prescrivere

l'adattamento 15.03 o 10.02 al momento del rilascio del certificato per patente speciale e la cui idoneità viene poi verificata in fase di esame di guida al momento del conseguimento. In questo caso si ha un vulnus giuridico, perché mentre l'articolo 119 comma quarto prevede che il disabile venga provato alla guida prima di assegnargli gli adattamenti. In tal caso dovrebbe esser messo a disposizione della Commissione Medica un percorso chiuso attrezzato di segnaletica e con un'auto multiadattata;

2.d: l'adattamento già prescritto (ad esempio il pedale frizione modificato con codice comunitario 15.01), non risponde alla necessità del conducente, o perché è cambiato il quadro clinico, o per errore di trascrizione o per errore della valutazione precedente. Questo è verificabile soltanto con una prova pratica di guida; mi è capitato un caso abbastanza recentemente nel quale la persona portava il piede sul pedale della frizione afferrando la gamba con le mani e sollevandola. L'adattamento previsto, che in quel caso era il pedale della frizione modificato, è stato sostituito con frizione automatica, anche se in precedenza per vent'anni la persona in questione aveva avuto l'obbligo di guidare con la sola modifica del pedale.

In questi casi, tuttavia, ci vuole sempre una verifica con prova di guida ed il cambiamento degli adattamenti deve essere sempre ben valutato, tenendo conto del fatto che il cambiamento degli adattamenti, quando la persona ha ormai l'abitudine a quelle prescrizioni, è di per sé negativo. E' quindi evidente che il cambiamento dei comandi deve essere fatto esclusivamente quando vi sia un pericolo per la sicurezza stradale.

3) Terzo caso: l'arto è amputato e vicariato con protesi efficiente.

Tale circostanza deve essere certificata dal costruttore con certificato non antecedente a tre mesi, secondo l'articolo 327 comma 3 del regolamento, al momento in cui viene esibito alla Commissione Medica la funzionalità viene verificata dalla stessa commissione che emette certificato medico di idoneità per patente speciale con la prescrizione della protesi (codice 03.02) nel caso di conferma o revisione e comunque il costruttore deve certificare che la protesi è efficiente. Altre specifiche quali ad esempio: è stata costruita a regola d'arte, non sono sufficienti perché la protesi sia utilizzabile per la guida degli autoveicoli.

Dal punto di vista tecnico desta qualche perplessità il fatto che la Commissione non possa decidere caso per caso pur con criteri guida, su un'eventuale limitazione del rapporto peso-potenza dei veicoli, per alcuni casi ricadenti negli artt. 327 e 328 del regolamento. Si supponga infatti che un soggetto abbia gli arti inferiori semivalidi ai quali si affidano i pedali della frizione e dell'acceleratore. Effettuando una prova di guida su un'autovettura di piccola cilindrata, il controllo sui comandi della frizione e dell'acceleratore può risultare sufficiente, ma cosa succederebbe per lo stesso conducente alla guida di un'autovettura con alto rapporto potenza- peso? La velocità non è l'unico pericolo, ma può essere ancora più pericolosa una forte accelerazione incontrollata. Per la incapacità ad effettuare movimenti fini e quindi a dosare, come sarebbe necessario lo spostamento dei due pedali, si potrebbe avere un'accelerazione eccessiva che renderebbe incontrollata l'autovettura. In questi casi il buon senso suggerirebbe di prescrivere veicoli con potenza motore –peso veicolo limitati. Il concetto è talmente scontato che in qualche modo viene ripreso dall'art. 329 del regolamento, sia pure con diverse sfumature, che prevede per i conducenti con le patenti C speciali una limitazione sulla massa a pieno carico di 11,5 T., e per i conducenti con patenti di categoria D speciale vi è limitazione alla guida di autobus con un massimo di 16 posti. Addirittura la Commissione ai sensi del comma 2 del 329 può predisporre anche limiti inferiori tecnici, se lo ritenesse necessario. Altra considerazione: il fatto che con la direttiva in analisi ci sia uno stretto rapporto fra categoria di minorazione e tipologia di adattamenti. Questo consente di avere un'importante omogeneità di comportamento delle Commissioni Mediche in campo nazionale, ed efficace ai fini della trasparenza operativa è il fatto che debba essere allegata la pagina delle prescrizioni della direttiva al certificato medico con timbro della Commissione a cavallo tra il certificato e le prescrizioni.

Dobbiamo evidenziare l'elevata professionalità dei fisiatri, degli ingegneri della Motorizzazione e dei medici-legali che hanno spesso esperienza decennale ciascuno nel loro ambito professionale ed anche quali componenti delle Commissioni, e che riescono nell'arduo compito di estrapolare dalle prove di guida, che per ovvii motivi si svolgono a bassissima velocità in zone di traffico ridottissimo, quindi in condizioni molto diverse da

quelle di esercizio, le necessarie valutazioni. Ritornando sul caso del conseguimento della patente, si è già fatto notare che non è possibile la verifica di cui all'articolo 119 comma quarto del codice della strada, sia perché il disabile non ha ancora un'autovettura adattata, sia perché mancando ancora il foglio rosa non vi è l'autorizzazione ad esercitarsi alla guida su strada. Rivolgo quindi un 'appello alla ASL 3 di Pistoia, ed alle amministrazioni locali affinché si possa concretizzare ciò che in qualche Provincia, (la Commissione Medica di Firenze è il nostro esempio più vicino) è operante: cioè un circuito in area chiusa dotato di segnaletica e con auto multiadattata ove nella quasi totalità dei casi si possa sperimentare quanto previsto dal Codice della Strada. Non è neppure da sottovalutare l' incerta posizione giuridica riguardo alla possibilità di effettuare la prova di guida ad un disabile con patente scaduta e con adattamenti diversi da quelli riportati nella patente come prescritto dall'articolo 116 comma 5, infatti l'articolo 37 comma 4 della legge 448 /98 prevede che il permesso provvisorio di guida possa essere rilasciato soltanto ai titolari di patente speciale , chiamati a visita di rinnovo.

La direttiva 4398 M 334 dà indicazioni relative alla guida di veicoli da parte di soggetti affetti da patologie multiple, che interessano tre o quattro arti. A tal proposito oltre a confermare i punti richiamati dalla direttiva precedente, si evidenziano i seguenti ulteriori aspetti :

A) il tentativo del Comitato Tecnico Nazionale, almeno per i casi più complessi (tetraplegia ,distrofia muscolare, traumatismi,.....) di rendere le prove più oggettive possibili in modo da valutare per ogni arto la forza effettiva o la capacità residua per azionare tutti i comandi necessari ai fini della guida;

B) la possibilità data alle Commissioni, che non siano dotate di un'attrezzatura tecnica opportunamente tarata, che simuli una prova di guida e che sia in grado di fornire tutte le indicazioni richieste nella "SCHEDE CAPACITA' E PRESTAZIONI" allegata alla Direttiva di cui trattasi, di potersi avvalere dei risultati ottenuti da un Centro esterno ritenuto idoneo dalle autorità mediche competenti. L' auspicio è quello che ogni Commissione sia dotata di un'attrezzatura indicata dalla direttiva 4398 M 334 perché,

oltre al fatto auspicabile che i disabili più gravi abbiano la possibilità di concludere nella stessa sede e nello stesso giorno l'iter della visita medica, l'attrezzatura potrebbe essere utilizzata anche nei casi meno gravi, elevando la qualità delle verifiche, a favore della sicurezza e con una forte riduzione delle prove di guida e quindi delle problematiche ad esse connesse e prima sollevate.

Per la patente A speciale, a seguito dell'abrogazione del comma 5 dell'articolo 327 del Regolamento di esecuzione ed attuazione del Codice della Strada (vedi l' art. 7 della Legge n.214/2003), che impediva il rilascio o la conferma di validità dei motocicli ai conducenti con minorazioni agli arti ed a ricondotto l'esame dei casi in specie nell'ambito più generali di quelle regolamentate dall'articolo 327 comma 2, laddove dispone che sulla base delle direttive impartite dal Comitato Tecnico la funzionalità delle protesi e dell'ortesi e nell'individuazione degli adattamenti deve essere verificata dalla Commissione Medica Locale.

Pertanto, attualmente, le Commissioni possono operare per le patenti AS, secondo le prescrizioni contenute nelle Direttive:

- n. 2852M334 dell' 01.07.2004 ;
- n. 5340M334 dell'08.11.2005.

La valutazione degli arti per questa categoria di patente va vista con un ottica diversa per i seguenti motivi:

- 1) in questi casi oltre alle funzioni occorrenti agli arti per agire con efficacia e prontezza sui comandi, devono assicurare anche la stabilità e la manovrabilità necessaria per mantenere il motociclo in posizione eretta quando sia fermo o in fase di arresto.

La novità consiste nel fatto che, dopo l'entrata in vigore della Legge n. 214/2003, il conducente può utilizzare anche protesi od ortesi e possono o vi possono essere parziali limitazioni funzionali;

- 2) la buona funzionalità di entrambe le anche deve essere in ogni caso assicurata e solo monolateralmente il motociclista può essere portatore di protesi di coscia, con conservazione almeno del terzo superiore di coscia. Le anche devono essere

verificate con il test funzionale detto di “TRENDLEMBURG”;

- 3) che le ginocchia ,ancorché ortesizzate o protesizzate devono avere una capacità di flesso-estensione attiva minima da 90° a 180°, cioè tale da consentire di portare con sicurezza e rapidità i piedi sulle pedane e con altrettanta sicurezza di poggiarli a terra;
- 4) Tutte le protesi utilizzate per la guida di motocicli devono essere certificate dal costruttore, ai sensi dell’ art. 327 comma 3 del Regolamento e nella certificazione il costruttore deve espressamente precisare che la protesi o l’ ortesi è idonea per la guida di motocicli;
- 5) che contrariamente a quanto previsto per la guida di autoveicoli, gli arti protesizzati od ortesizzati non possono utilizzare i comandi, ma hanno soltanto compiti di stabilità e tenuta del manubrio anche se la loro efficienza, anche in questo caso deve essere verificata.

Altri temi importanti sono quelli della rigidità del complesso TESTA/COLLO/TRONCO (vedi Direttiva n.1252M334 del 03.03.2006) e sulla presenza e i compiti dell’ ingegnere della Motorizzazione Civile nella Commissione Medica(vedi parere del Consiglio di Stato n. 0013/2006 dell’ 08.02.2006), di cui auspichiamo poter dibattere in un prossimo incontro. Tuttavia, ogni incontro dovrebbe essere organizzato per analizzare un tema specifico, così da potere arrivare ad un accordo condiviso ameno dalle Commissioni Mediche della regione per perseguire quel criterio di comportamento più possibile omogeneo di cui ho parlato inizialmente.