

Circolare - 25/07/2011 - Prot. n. 0017798 - Requisiti idoneità guida

OGGETTO: Requisiti per l'idoneità alla guida - Indicazioni operative

Ministero della Salute
Dipartimento della prevenzione e comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria

Agli Assessorati alla Sanità
Al Ministero della Difesa
Direzione Generale della Sanità militare
Al Ministero dell'Interno
Direzione Generale di Sanità
Alla Direzione Sanitaria R.F.I.
All'Ufficio III DGPREV
Alla FNOMCeO
LORO SEDI

Allegato B alla circolare del 25/07/2011 n. 0017798

Allegato B alla circolare del 25/07/2011 n. 0017798

INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO PER LA CIRCOLAZIONE STRADALE DEI SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO O EPILESSIA E RELATIVA MODULISTICA CERTIFICATIVA PER LO SPECIALISTA CHE DEVE ESSERE ACQUISITA DAL MEDICO MONOCRATICO O DALLA CML

Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti affetti da diabete mellito

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata < 9.0 %, non adeguato in caso di valori > 9.0%;

2. per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE o SCARSO i seguenti parametri valutativi:

a. valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;

b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi;

3. per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:

a) per rientrare in un profilo di **RISCHIO BASSO**:

- assenza di retinopatia
- assenza di neuropatia
- assenza di nefropatia
- ipertensione ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia BUONO

b) per rientrare in un profilo di **RISCHIO MEDIO**:

- USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI
- retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
- nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
- ipertensione se ben controllata
- cardiopatia ischemica se ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE

c) per rientrare in un profilo di **RISCHIO ELEVATO**:

- retinopatia proliferante, con riduzione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
- nefropatia con insufficienza renale cronica
- ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata
- ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia SCARSO

• Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.

• Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi.

Allegato - Patenti gruppo 1 - Paziente diabetico

Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ il ___/___/___ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo ____ dal _____

TERAPIA attuale:

◇ **nutrizionale** ◇ **ipoglicemizzanti orali** ◇ **insulina** ◇ **ipoglicemizzanti orali + insulina** ◇ **altro**

Specificare farmaci: _____

- ◇ che possono indurre ipoglicemie gravi
◇ che non inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) ◇ SI ◇ NO

COMPLICANZE

◇ Non presenta complicanze

◇ Presenta le seguenti complicanze:

- Retinopatia ◇ non proliferante ◇ proliferante ◇ edema maculare
- Neuropatia ◇ autonoma ◇ sensitivo - motoria ◇ uso di farmaci specifici
- Nefropatia ◇ microalbuminuria ◇ macroalbuminuria ◇ I.R.C.
- Complicanze cardiovascolari: ◇ TIA/Ictus ◇ Cardiopatia ischemica
◇ Angiopatia arti inferiori clinicamente severa
- Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

◇ ADEGUATO ◇ NON ADEGUATO ◇ Ultimo valore HbA1c _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

Buono ◇ Accettabile ◇ Scarso ◇

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

◇ BASSO si propone il rinnovo

- ◇ 10 anni (conducente di età < 50 anni)
- ◇ 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
- ◇ 3 anni (conducente di età > 70 anni)

◇ MEDIO si propone il rinnovo

- ◇ 5 anni (conducente di età < 50 anni)
- ◇ 3 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
- ◇ 1 anno (conducente di età > 70 anni)

◇ ELEVATO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

Allegato - Patenti gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ il ___/___/___ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo ___ dal _____

TERAPIA attuale:

◇ **nutrizionale** ◇ **ipoglicemizzanti orali** ◇ **insulina** ◇ **ipoglicemizzanti orali + insulina** ◇ **altro**

Specificare farmaci: _____

- ◇ che possono indurre ipoglicemie gravi
◇ che non inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) ◇ SI ◇ NO

COMPLICANZE

◇ Non presenta complicanze

◇ Presenta le seguenti complicanze:

- Retinopatia ◇ non proliferante ◇ proliferante ◇ edema maculare
- Neuropatia ◇ autonoma ◇ sensitivo - motoria ◇ uso di farmaci specifici
- Nefropatia ◇ microalbuminuria ◇ macroalbuminuria ◇ I.R.C.
- Complicanze cardiovascolari: ◇ TIA/Ictus ◇ Cardiopatia ischemica
◇ Angiopia arti inferiori clinicamente severa
- Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

◇ ADEGUATO ◇ NON ADEGUATO ◇ Ultimo valore HbA1c

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

Buono ◇ Accettabile ◇ Scarso ◇

L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia? SI ◇ NO ◇

L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura? SI ◇ NO ◇

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

(Diabetologo/Endocrinologo)

Avvertenza - Da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica

AVVERTENZA

(Da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica)

Si avverte l'interessato che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida", utilizzando il facsimile allegato. Data

Firma per presa visione e ritiro

Alla MTC Provinciale di

Il sottoscritto

Patente tipo n.

In ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida"

Comunica che

- ◇ ha manifestato recentemente una crisi ipoglicemica grave
- ◇ per variazioni terapeutiche recenti assume farmaci che possono indurre ipoglicemia

Data

Firma