

A QUALE CARDIOPATICO VA NEGATA LA PATENTE?

V. Cagli

Università degli Studi “La Sapienza” di Roma.

Conseguire la patente che abilita alla guida degli autoveicoli non è sempre cosa facile: ci sono esami teorici da superare e prove pratiche con cui cimentarsi. Accade che i candidati vengano bocciati al primo tentativo e qualche volta anche in quelli successivi. Da qualche anno si è aggiunta la “patente a punti”, sicché ad ogni infrazione la “dote” dell’automobilista si riduce fino anche ad azzerarsi e allora è come se la patente non la si fosse mai ottenuta. Dunque si tratta di qualcosa di prezioso che garantisce la nostra autonomia di uomini motorizzati, che spesso è strumento indispensabile al nostro lavoro e anche al nostro tempo libero. Non aver più la patente è vissuto come una grave limitazione, e lo è, tanto più quando il motivo è legato all’età e ai malanni che purtroppo spesso l’accompagnano.

Il medico chiamato a decidere circa l’idoneità fisica di una persona a guidare l’automobile ha pertanto una responsabilità non da poco: una responsabilità che, prima ancora di quella verso la collettività, riguarda il soggetto in esame, che va protetto nei confronti di situazioni che potrebbero esporlo a gravi rischi. D’altra parte questo stesso soggetto dovrebbe in molte circostanze chiedersi se sia ancora prudente per lui mettersi o rimettersi alla guida. Eppure né tra i medici né tra i guidatori vi è una sufficiente conoscenza di quelle che sono le restrizioni alla guida per motivi di salute più diffusamente accettate ¹.

Gli incidenti legati a condizioni morbose

Cominciamo con l’orientarci sulle cifre relative al numero di incidenti automobilistici legati alle condizioni morbose del guidatore. I dati statistici ISTAT-ACI relativi al 2006 (gli ultimi consultabili on line), segnalano 238’124 incidenti con 5’669 decessi (23.8/1’000, pari a 1 morto ogni 43 incidenti cir-

ca). Sul totale degli incidenti, 678 risultano legati ad «improvviso malore» del conducente (2.8/1'000), più 75 (0.3/1'000) dovuti a «condizioni morbose in atto». Si può calcolare che ogni anno gli incidenti d'auto determinati da cause mediche (escludendo i ben 4'246 incidenti causati da ebbrezza alcolica) provocano circa 18 morti. Se paragoniamo questi dati a quelli riportati da Tizzano ² vediamo che la cifra annua media annuale calcolata per gli anni 1953-57 era di 147'397 incidenti (il 61% in meno rispetto agli attuali), ma gli incidenti dovuti ad improvviso malore erano 1'184 (con un aumento del 74% rispetto agli attuali). Quest'ultima differenza è forse spiegabile con la riduzione della prevalenza dei fumatori di sesso maschile, passata da circa l'80 al 40% dal 1954 al 1995, e col miglioramento dei controlli sanitari.

Le cardiopatie come causa di incidenti

In una trattazione di oltre cinquant'anni fa Zanaldi ³, dopo aver asserito che «una delle più frequenti cause di morte improvvisa e inopinata in soggetti ritenuti sani è rappresentata dalle cardiopatie in generale ed in particolare dalle sclerosi coronariche», rifacendosi ad un lavoro tedesco del 1938, divideva i cardiopatici rispetto alla guida in due categorie: da un lato i vizi valvolari e le cardiopatie in cui il passaggio allo scompenso con la conseguente inidoneità alla guida è graduale; dall'altro i pazienti con sindrome di Adam-Stokes, tachicardia parossistica, apoplezia che possono perdere d'improvviso la capacità di guidare. Una descrizione, come si vede, piuttosto generica cui non seguiva alcuna indicazione pratica. Evidentemente mancavano ancora elementi per un approccio più articolato e operativamente utile.

Uno studio effettuato in Svezia negli anni 1959-63 ⁴ ha rilevato che su 44'255 incidenti stradali 41 (0.9/1'000) erano da attribuire a malori improvvisi e tra questi 7 erano da riferire a infarto del miocardio e 3 a sindrome di Adam-Stokes: in altri termini le cardiopatie rappresentavano lo 0.22/1'000 delle cause di incidente automobilistico. Lo stesso autore citava una casistica tedesca, raccolta in 20 anni, in cui su circa 4'000 morti coronariche soltanto 14 si erano verificate durante la guida. In un riesame della letteratura Kerwin ⁵ riporta cifre di 14 incidenti dovuti ad infarto miocardico su un totale di 220'000 (0.06/1'000). Nell'esperienza europea circa lo 0.1% degli incidenti stradali sarebbe da attribuire a cause patologiche e tra queste gli eventi cardiologici sarebbero il 10-25% ⁶ (0.1 – 0.25/1'000 incidenti). Insomma, pur nella scarsità ed eterogeneità dei dati raccolti, il numero di incidenti automobilistici legati alla presenza di una cardiopatia appare piuttosto modesto, quantificabile presuntivamente intorno a 25–60 incidenti/anno con una letalità che in base ai soli dati statistici non è attribuibile separatamente all'incidente o alla cardiopatia che potrebbe averlo provocato.

In questi ultimi anni sono sorti nuovi problemi, ma anche nuovi elementi per calcolare la frequenza di eventi aritmici durante la guida, in rapporto con la notevole diffusione del cardioverter-defibrillatore automatico impiantabile (ICD). Questo dispositivo atto a prevenire l'insorgere di aritmie ventricolari maligne, che costituiscono d'altra parte anche una delle cause più frequenti di morte in coincidenza con l'infarto del miocardio, può essere adoperato sia in prevenzione primaria, sia in prevenzione secondaria e in entrambi i casi le ri-

cadute sul rilascio o il rinnovo della patente di guida sono notevoli. Il numero degli shock rilevabile nei soggetti in cui un ICD è stato impiantato fornisce un dato per studiare la frequenza degli episodi aritmici nei guidatori. Rosenthal et al ⁷ hanno valutato la frequenza degli shock in 1'188 pazienti dello studio TOVA nei quali era stato impiantato un ICD. In un periodo mediano di 562 giorni furono osservati, durante la guida o entro 60 minuti dalla cessazione di questa, 193 shock del cardioverter dovuti a tachicardia ventricolare o a fibrillazione ventricolare. Il rischio relativo calcolato a confronto con gli shock rilevati in coincidenza con attività diverse dalla guida fu di 2.24 (1.57 – 3.18) e il massimo di incidenza degli episodi si verificò nei 30 minuti successivi alla fine della guida, ciò che costituisce un elemento di rassicurazione circa la probabilità di incidenti di guida causati da una aritmia maligna.

Idoneità alla guida dei cardiopatici

A proposito delle «malattie ed affezioni che escludono la possibilità di rilascio del certificato di idoneità alla guida», troviamo nel Codice della Strada indicazioni che sono testualmente espresse nel modo seguente:

Affezioni cardiovascolari. La patente di guida non deve essere rilasciata né confermata ai candidati o conducenti colpiti da un'affezione cardiovascolare ritenuta incompatibile con la sicurezza della guida. Nei casi dubbi, ovvero quando trattasi di affezioni cardiovascolari corrette da apposite protesi, il giudizio di idoneità verrà espresso dalla commissione locale, che può avvalersi della consulenza di uno specialista appartenente alle strutture pubbliche. La commissione medica locale terrà nel debito conto i rischi o pericoli addizionali connessi con la guida di veicoli conducibili con le patenti delle categorie C,D,E ⁸.

La genericità di queste disposizioni è evidente e mette quindi quasi per intero la responsabilità sulle spalle di chi è chiamato a decidere in merito, sia in occasione del rilascio della patente, sia in caso di sospensione o revoca per perdita dell'idoneità fisica, sia per il riottenimento della patente quando si ritenga che siano cessati i motivi che ne hanno determinato la sospensione o la revoca.

Più dettagliate sono le disposizioni emanate dalla Comunità Europea ⁹, ove nel paragrafo relativo alle malattie cardiovascolari si specifica che:

- in presenza di gravi aritmie, la patente non può essere rilasciata o confermata;
- nei portatori di pacemaker regolarmente controllati e previa autorizzazione medica la patente può essere rilasciata o confermata;
- il rilascio o la conferma della patente negli ipertesi va deciso in rapporto con l'esistenza di eventuali complicazioni che possano costituire un pericolo per la sicurezza stradale;
- in linea generale la patente non dovrebbe essere rilasciata o rinnovata nei pazienti con angina a riposo; nel caso di soggetti con precedente infarto del miocardio la decisione è condizionata al giudizio medico e all'esito di regolari controlli.

Alvarez et al ¹⁰ hanno recentemente pubblicato i dati relativi alle malattie cardiovascolari come causa di impedimento al rilascio o rinnovo della patente relativi a 5'234 soggetti. I criteri adoperati per stabilire l' idoneità alla guida erano quelli indicati dall'Unione Europea e dallo Stato spagnolo. La tabella I raccoglie le indicazioni di Alvarez e quelle della Task Force della European Society of Cardiology pubblicate da Petch ¹¹.

A parte la malattia coronarica e le aritmie maligne, che costituiscono i problemi maggiori e su cui torneremo più avanti, meritano qualche parola di commento le altre condizioni patologiche presenti nella tabella.

Nelle *protesi valvolari* andrebbe, a nostro avviso, tenuto conto anche dell'eventuale concomitante somministrazione di anticoagulanti e dell'accuratezza dei controlli relativi, per i pericoli legati ad un eccessivo sanguinamento in caso di incidente. Nell'*ipertensione arteriosa* le indicazioni sembrano molto generiche, in quanto il danno d'organo, sulla cui base vanno valutate eventuali restrizioni, può andare da una modesta iniziale ipertrofia ventricolare sinistra, che di per sé non costituisce certo un impedimento alla guida dell'automobile, fino a condizioni che invece finiscono per rientrare in quelle cause di esclusioni contemplate sotto altre voci, come, ad esempio, la riduzione significativa della frazione di eiezione all'ecocardio-doppler. Anche per l'esistenza di un aneurisma aortico, ne andrebbe graduato il rischio in rapporto alle dimensioni, poiché con un diametro inferiore a cm 5, la percentuale annua di rottura o di dissecazione è del 2%, mentre per aneurismi di cm 6 l'incidenza sale al 7% ¹².

Sui 5'234 soggetti che chiedevano la patente o il suo rinnovo appartenenti alla casistica di Alvarez, 605 erano affetti da malattie cardiovascolari e di questi 96 erano idonei con delle restrizioni, mentre 10 (16.5/1'000 tra i malati cardiovascolari e 1.9/1'000 sull'intera casistica) erano inidonei alla guida. Nella tabella II abbiamo riportato di questi 10 casi le condizioni che, insieme a quelle cardiovascolari, avevano determinato il giudizio di inidoneità alla guida, e tra le quali vanno sottolineate le limitazioni visive presenti in sette casi su dieci. Come si vede, quello che spesso conta è un giudizio complessivo che quasi sempre riguarda soggetti anziani in cui le condizioni cardiovascolari rappresentano soltanto un aspetto che di per sé non sarebbe sufficiente, almeno in molti casi, a impedire il rilascio o il rinnovo della patente. Così può non essere, invece, per le malattie coronariche e le gravi aritmie che costituiscono le malattie cardiache più spesso causa di restrizioni alla guida anche da sole e che ora passiamo a esaminare.

Cardiopatía coronarica e patente di guida

Va premesso che i guidatori professionali sono esposti ad un'incidenza di infarto del miocardio lievemente superiore a quella di altri lavoratori manuali. Uno studio svedese di una decina di anni or sono ¹³ stimava il rischio relativo degli autisti professionali pari 1.40 (1.30 - 1.50) rispetto al rischio 1 del gruppo di lavoratori manuali preso come controllo. Abbiamo già riportato i dati di Kerwin secondo cui gli incidenti causati da infarto del miocardio durante la guida costituirebbero lo 0.06/1'000 degli eventi. Bisogna considerare, tuttavia, la responsabilità, sia verso il guidatore sia verso terzi, di rimettere alla guida chi abbia sofferto di infarto del miocardio. I criteri riportati in tabella I indicano un periodo di assenza di sintomi di 3 mesi dopo l'infarto, prima di riam-

Tabella I – Malattie cardiovascolari che potrebbero essere causa di inidoneità alla guida

Malattia cardio-vascolare	Condizioni che autorizzano la guida	
	Guidatori non professionali	Guidatori professionali
Insufficienza cardiaca	Compensata, senza sincopi Classe NYHA I/II	Compensata, senza sincopi Classe NYHA I, FE > 45%
Aritmie potenzialmente sincopali o gravi	6 mesi senza sincopi o trattamento efficace; classe NYHA I/II	2 anni senza sincopi o trattamento efficace; classe NYHA I
Tachicardia ventricolare accessoria	Parere positivo dello specialista e accettabile funzione ventricolare	Non ricorrenza per 6 mesi; Holter negativo e FE >40%
Pacemaker	Può guidare dopo 1 mese dall'impianto, previo parere favorevole del cardiologo	Può guidare dopo 3 mesi dall'impianto previo parere favorevole del cardiologo
Cardioverter defibrillatore impiantabile (ICD)	Sei mesi senza recidive dopo l'impianto FE > 30%, parere cardiologico favorevole	Non autorizzabili
Protesi valvolare	Può guidare dopo 3 mesi dall'impianto previo parere favorevole del cardiologo	Può guidare dopo 3 mesi dall'impianto previo parere favorevole del cardiologo
Angina pectoris stabile o instabile	Dopo controllo dei sintomi Classe NYHA I/II	Assenza di sintomi senza farmaci Classe NYHA I, test da sforzo neg.
Infarto del miocardio	Può guidare dopo 3 mesi	Può guidare dopo 3 mesi, con test da sforzo neg. e parere del cardiologo
Rivascolarizzazione con by-pass o angioplastica	Può guidare dopo 1 mese dall'intervento con parere cardiologico favorevole	Può guidare dopo 3 mesi, se asintomatico, test da sforzo neg. e parere del cardiologo
Cardiomiopatia ipertrofica	Se asintomatica	Asintomatica, non storia familiare di morte improvvisa, Holter non TV*, non ipotensione dopo prova da sforzo
Trapianto cardiaco	Se asintomatico, dopo valutaz.	Nessuna indicazione
Iperensione arteriosa	Assenza di compromissione d'organo, valori non rischiosi per la sicurezza. Non uso di farmaci risch. per la guida	Assenza di compromissione d'organo, valori non rischiosi per la sicurezza. Non uso di farmaci risch. per la guida
Dissecazione e aneurisma dell'aorta	Proibizione di guidare se non dopo rip. chirurgica efficace	Proibizione di guidare se non dopo rip. chirurgica efficace
Sincope	Dopo che la causa è stata identificata e i sintomi controllati	Dopo approfond. valutazione cardiologia e neurologica
Arteriopatie periferiche	Va valutata la possibile assoc. con la cardiopatia ischemica	Va valutata la possibile assoc. con la cardiopatia ischemica
Flebopatie	Non devono essere presenti trombosi venose profonde	Non devono essere presenti vene varicose degli arti inferiori

Alvarez FJ et al¹⁰ e Petch MC¹¹

*TV = tachicardia ventricolare

Tabella II – Caratteristiche principali dei dieci pazienti con cardiovasculopatie, giudicati idonei alla guida su 84 pazienti cardiovascolopatici diagnosticati in 5'234 guidatori sottoposti a controllo per il rinnovo della patente.

M, 77 Ipertensione, insufficienza cardiaca, deficit visivo e cognitivo.
 M, 78 Ipertensione, deficit visivo.
 M, 79 Ipertensione, fibrillazione atriale, tremore senile.
 M, 70 Angina stabile, deficit visivo.
 M, 65 Ipertensione, insufficienza respiratoria.
 F, 53 Ipertensione, depressione.
 M, 72 Angina, deficit visivo.
 F, 30 Ipertensione, insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco, deficit visivo.
 M, 69 Ipertensione, diabete tipo II, deficit visivo.
 M, 81 Ipertensione, deficit visivo.

Da Alvarez et al¹⁰, con modifiche (Si veda anche il testo)

Tabella III – Sintomi compatibili con la presenza di aritmia occorsi durante la guida in pazienti con pregressa grave aritmia ventricolare trattati con farmaci o con ICD

N° eventi	Sincope (N=557)	Vertigine o palpitazione con necessità di fermarsi (N=556)	Vertigine o palpitazione senza necessità di fermarsi (N=554)
0	546 (98%)	495 (89%)	430 (78%)
1	7 (1 %)	27 (5%)	43 (8%)
2	1 (<1%)	12 (2%)	21 (4%)
>2	3 (1%)	22 (4%)	60 (11%)

Da Akiyama et al¹⁸

mettere alla guida, con in più nel caso di guidatori professionali l'esito favorevole di un elettrocardiogramma da sforzo e il consenso del cardiologo. Uno studio francese¹⁴ ha analizzato il ritorno al lavoro di 90 cardiopatici con età media di 48.8 anni (estremi 30 – 63): 38 avevano sofferto di un infarto del miocardio e 39 di un infarto miocardico con successivo intervento di rivascolarizzazione; i restanti erano stati operati di protesi valvolare, o erano affetti da angina. A distanza di 35 mesi il 65.6% era rientrato al lavoro entro 9 mesi, dopo un programma di riabilitazione; l'81% di quanti avevano ripreso il lavoro erano asintomatici; il 16.7% aveva avuto ulteriori complicazioni e 2 erano morti. Shepard¹⁵ ha calcolato che il rischio di recidiva nei guidatori di autobus che riprendono il lavoro dopo un infarto del miocardio, sarebbe pari a 1 episodio su 50'000 guidatori/anno, cioè così basso da superare solo di 0.015 il rischio di una popolazione di controllo di non guidatori della stessa età, e tale da fargli concludere che la ripresa del lavoro negli autisti di autobus che hanno subito un infarto del miocardio vada incoraggiata. Il rischio relativo di incidente automobilistico in chi abbia sofferto di infarto del miocardio è stato calcolato in 1.77 da Sagberg¹⁶. È inoltre importante tener presente che lo sforzo fisico di un guidatore di autobus è minore di quello richiesto per un test

ergometrico ¹⁷.

Da quanto esposto, possiamo trarre alcune considerazioni. Anzitutto ci troviamo di fronte a dati raccolti secondo criteri diversi e che non tengono conto delle numerose variabili, capaci, invece, di incidere notevolmente sulla prognosi dell'infartuato. Il guidatore era un fumatore? Continua a fumare? Qual è il suo peso corporeo? Quale la misura della circonferenza addominale? E si potrebbe continuare. Sia pure con queste limitazioni, l'orientamento sembra piuttosto quello della permissività che non quello di severe restrizioni e ciò anche nei confronti di guidatori professionali, tenuto conto che in pazienti senza gravi postumi dell'infarto, il rischio legato alla ripresa della guida appare piuttosto modesto.

Aritmie e ICD

Le aritmie potenzialmente mortali hanno ricevuto, in anni recenti, una crescente attenzione anche in rapporto alla diffusione dei cardioverter-defibrillatori impiantabili (ICD) che ne hanno modificato la prognosi. Una grave aritmia può scatenarsi in maniera imprevedibile e può quindi, nel giro di secondi, trasformare il più abile pilota in un individuo assolutamente incapace di controllare il mezzo che sta guidando. Di qui la delicatezza del compito di chi in un paziente con precedenti aritmici debba esprimere un parere di idoneità alla guida di un automezzo. Il problema principale risiede nel giudizio da esprimere in soggetti che sono andati incontro ad una grave aritmia ventricolare e che per questa ragione sono stati poi sottoposti a trattamento con farmaci antiaritmici e/o ad inserimento di ICD.

Akiyama et al ¹⁸ hanno condotto uno studio sui pazienti entrati nell'AVID trial disegnato per valutare comparativamente l'efficacia a lungo termine del trattamento con antiaritmici vs ICD in pazienti già sottoposti a resuscitazione per grave aritmia. Ai pazienti che partecipavano al trial furono inviati 4 questionari a distanza di 6 mesi l'uno dall'altro. Dei 758 che risposero al primo questionario, 627 (83%) avevano abitualmente guidato nell'anno precedente all'arruolamento nello studio e di questi 403 avevano ricevuto dal loro medico curante indicazioni circa il ritorno alla guida dell'automobile dopo l'evento morboso. Tali indicazioni nel 38.4% dei casi suggerivano un periodo di attesa variabile tra 3 e 6 mesi prima di riprendere la guida, e nei restanti casi variavano tra 1 mese di attesa e l'interdizione perpetua, a dimostrazione della mancanza di criteri univoci per decidere su questo punto. Emergeva poi dalle risposte ai questionari che durante la guida un certo numero di soggetti erano andati incontro a sincope o avevano avvertito vertigini o palpitazioni (Tab. III). Furono riferiti 55 incidenti d'auto di cui soltanto 6 (11%) preceduti da sintomi collegabili ad una aritmia (3 sincope, 3 vertigini e/o palpitazioni): il rischio di incidente dovuto ad aritmia risultò dello 0.4 % (0.1 - 0.7). Nei 295 pazienti in cui era stato impiantato un ICD l'8% riferì attivazione dell'apparecchio durante la guida (6% una volta, 1% due volte, 1% tre volte). Non fu rilevata una differente frequenza di incidenti tra pazienti assegnati a terapia con antiaritmici o a impianto di ICD. In un esame della stessa casistica proveniente dall'AVID Trial, Hickey et al ¹⁹ rilevarono che le principali caratteristiche associate significativamente ($p < .0001$) ad una ripresa della guida prima dei 6 mesi dall'evento aritmico erano la tachicardia ventricolare vs la fi-

brillazione ventricolare, il sesso maschile e l'età inferiore a 65 anni, mentre nessuna differenza si rilevava tra chi riprendeva la guida prima dei 6 mesi e chi dopo, per quanto riguardava l'associazione di infarto del miocardio all'episodio di grave aritmia o il comportamento successivo della frazione di eiezione.

Già nel 1996 uno statement dell'American Heart Association e della North American Society of Pacing and Electrophysiology ⁶ aveva fornito quello che resta tuttora il contributo più ampio e dettagliato per quanto riguarda i rischi per la guida dell'automobile in soggetti che abbiano sofferto di diversi tipi di aritmia. In questo contributo il riferimento è ad aritmie non scatenate da cause determinate (disturbi elettrolitici, folgorazione, infarto miocardico ecc). Il periodo di restrizione dalla guida è sempre calcolato come periodo libero da aritmia dopo l'inizio di un'adeguata terapia farmacologica o dopo l'impianto del cardioverter. Le raccomandazioni formulate sono le seguenti.

Tachicardia sopraventricolare (inclusi fibrillazione atriale, flutter atriale e s.di WPW) – Se asintomatica o pauci-sintomatica non è necessaria alcuna restrizione. Se, invece coesiste sincope o pre-sincope, oppure dolore toracico o dispnea è indispensabile riportare il paziente in condizioni di stabilità (terapia antiaritmica o ablativa) prima di concedere la possibilità di guidare.

Tachicardia ventricolare – Nelle forme “non sostenute” e in assenza di disturbi della coscienza, nessuna restrizione. Nelle forme “sostenute”, sospensione della patente per 3 o 6 mesi in rapporto, rispettivamente, con l'assenza o la presenza di disturbi della coscienza e nel guidatore professionale di 6 mesi, ma anche a tempo indefinito, in rapporto con le condizioni del paziente.

Fibrillazione ventricolare – Restrizione di 6 mesi per guidatori non professionali; ritiro permanente del permesso di guida ai guidatori professionali.

Bradycardia – Se il paziente è asintomatico nessun provvedimento restrittivo è indicato. In pazienti con sincope o pre-sincope in cui non sia stato impiantato un pacemaker la patente di guida non va concessa.

Sincope o pre-sincope neuromediate – Se l'episodio è stato di lieve entità è opportuno, limitatamente ai guidatori professionali, un periodo di sorveglianza di 1 mese prima di concedere il permesso di rimettersi alla guida. In caso di episodi gravi, è necessario un periodo di sorveglianza da 1 a 6 mesi, secondo i casi e una valutazione che tenga conto di eventuali terapie istituite (pacing permanente).

Nel 2007 è stato pubblicato uno statement dell' American Heart Association e della Heart Rhythm Society ²⁰ in cui venivano riportate le seguenti raccomandazioni per i portatori di ICD:

Per la guida di auto private

1. I pazienti nei quali è stato impiantato un ICD con fini di prevenzione primaria, non possono essere autorizzati a guidare l'automobile almeno per 1 settimana; successivamente, possono esser autorizzati a farlo, sempre che non vi siano sintomi potenzialmente collegabili ad un'aritmia;
2. I pazienti in cui è stato impiantato un ICD per prevenzione primaria e nei quali successivamente è stata istituita un'appropriata terapia a causa dell'insorgenza di tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare, in specie se accompagnate da sintomi di ipoperfusione cerebrale, devono essere trattati

- seguendo le raccomandazioni espresse nel 1996 per i pazienti nei quali è stato impiantato un ICD con fini di prevenzione secondaria (valutazione in laboratorio di elettrofisiologia; aggiustamento della terapia, eventuale terapia ablativa; autorizzazione soltanto dopo 3-6 mesi senza episodi aritmici);
3. I pazienti con impianto di ICD per prevenzione primaria vanno avvertiti della possibile insorgenza di disturbi della coscienza.

Per la guida di mezzi commerciali:

L'autorizzazione alla guida non può essere concessa in alcun caso.

Conclusioni

Come abbiamo visto, disponiamo ormai di un discreto numero di indicazioni provenienti da Società cardiologiche europee o nord-americane che suggeriscono la condotta da tenere per il rilascio o il rinnovo della patente a guidatori non professionali o professionali, specialmente – ma non soltanto – nei confronti dell'esistenza di patologie coronariche o aritmiche.

Se si volesse dar conto di quale sia l'orientamento di fondo, si potrebbe riassumere la situazione per le due condizioni più studiate nei termini seguenti:

- In caso di pregresso infarto del miocardio, dopo un periodo di sorveglianza e di controllo di 1 (in caso di rivascularizzazione) o di 3 mesi e dopo valutazione cardiologica favorevole, può essere concessa l'autorizzazione alla guida.
- In caso di impianto di ICD in prevenzione primaria, 1 settimana di astensione può essere sufficiente, a condizione che i sintomi siano totalmente scomparsi.
- In caso di episodi aritmici, dopo impianto profilattico di ICD, o in caso di impianto di ICD per prevenzione secondaria, astensione per 3-6 mesi ai guidatori non professionali con valutazione approfondita prima dell'eventuale conferma della patente. Inidoneità permanente per i guidatori professionali.
- Tutti gli intervalli indicati debbono essere liberi da sintomi.

Insomma, limitatamente ai guidatori non professionali, sospensione dell'idoneità alla guida per periodi limitati e orientamento di fondo piuttosto permissivo.

Bisogna però chiedersi fino a che punto le direttive che abbiamo cercato di riassumere siano recepite sia dai cardiologi nel loro rapporto con i pazienti, sia dalle commissioni mediche in cui essi sono inseriti.

Un'indagine condotta negli USA su 973 cardiologi, ai quali era stato chiesto quali restrizioni nei confronti della guida suggerissero ai loro pazienti in cui era stato impiantato un ICD in prevenzione primaria, fece rilevare che:

- il 41.5% non consigliava alcuna restrizione;
- il 35.3% consigliava l'astensione per 1 mese;
- il 10.1% consigliava l'astensione per 3 mesi;
- l'8.2% consigliava l'astensione per 6 mesi;
- il restante 4.9% consigliava un'astensione di 12 mesi, o un'astensione a tempo indefinito ²¹.

In sostanza, un insieme di consigli piuttosto eterogenei e che si discostano non poco, come rilevano gli stessi autori di questa comunicazione congressuale del 2006, dalle linee-guida ACC/AHA/NSAPE del 2002.

Nel Regno Unito, le commissioni mediche chiamate a decidere sull' idoneità alla guida di soggetti cardiopatici, includono a livello regionale sei cardiologi e un cardio-chirurgo. Il principio base dovrebbe essere quello del livello di rischio che si è disposti ad accettare secondo le decisioni delle autorità politiche e quello della definizione del rischio accettabile per il singolo individuo secondo le decisioni dei medici. Inoltre, rischio di incidente e rischio di malore non coincidono necessariamente, in quanto non pochi malori durante la guida offrono un margine per poter evitare l'incidente. Senza contare che la letteratura medica non fornisce informazioni sufficienti per ogni tipo di evento cardio-vascolare. Restano dunque non poche situazioni in cui la decisione deve essere presa in condizioni di incertezza e ciò può implicare che il cardiologo sia coinvolto in contese legali. In questi casi non bisogna dimenticare che la prima regola è quella di redigere pareri molto accurati e la seconda è quella di mantenere una buona competenza sugli ambiti nei quali si è chiamati a decidere, tenendo presente che ogni violazione delle direttive e dei procolli dettati dalle istituzioni scientifiche dovrebbe essere fondata su ottime ragioni, in quanto vale la regola generale secondo cui qualunque condizione capace di esporre il guidatore ad un'improvvisa perdita di coscienza, costituisce un pericolo per la sicurezza stradale ²².

E in Italia? Mantovan et al ²³ alcuni anni or sono lamentavano come nella pratica, nonostante quanto stabilito dalle principali linee-guida, fosse stata ritirata la patente di guida a molti pazienti con impianto profilattico di ICD e in assenza di episodi sincopali. Rilevavano altresì che nei loro incontri con la Commissione medica locale del Veneto e con la Commissione medica di seconda istanza del Ministero dei Trasporti di Venezia, le loro argomentazioni scientifiche non erano valse a nulla e anche nei mesi successivi molti portatori di ICD si erano visti negare l' idoneità alla guida.

Il cardiologo dovrà comunque esprimere il proprio meditato parere sulla base di un attento ed approfondito esame di ogni caso, orientandosi sulla base delle risultanze dei numerosi studi che qui abbiamo cercato di riassumere. Dopo di che il paziente non potrà far altro che sperare nel buon senso e... nella "clemenza" delle Commissioni.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Kelly R, Warke T, Steele I.* Medical restrictions to driving: the awareness of patients and doctors. *Postgrad Med J* 1999; 75:537-539
- 2) *Tizzano A.* La statistica negli infortuni stradali, sotto il riflesso sociale, clinico e medico-legale. In "L'aspetto medico dell'incidente stradale". Atti del "Symposium" di Salsomaggiore. 8-9 maggio 1959, pp.15-86
- 3) *Zanaldi L.* Incidenti stradali: problemi e indagini medico-legali. Cedam, Padova 1957, pp.254-256.
- 4) *Herner B, Smedby B, Ysander L.* Sudden illness as a cause of motor-vehicle accidents. *Brit J Industry Med* 1966; 23:37-41
- 5) *Kerwin AJ.* Sudden death while driving *Can Med Assoc J* 1984; 131:312-314

- 6) *Epstein AE, Miles WM, Benditt DG et al.* Personal and public safety issues related to arrhythmias that may affect consciousness: implications for regulation and physician recommendations.: a medical/scientific statement from the American Heart Association and the North American Society for Pacing and Electrophysiology. *Circulation* 1996; 94:1147-66
- 7) *Rosenthal AC, Calkins H, Steinberg JS et al.* Driving and implantable cardioverter-defibrillator shocks for ventricular arrhythmias: results from the TOVA study. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50:2233-40
- 8) *Codice della Strada.* Requisiti per il rilascio della patente di guida. Appendice II – Art. 320 Malattie invalidanti (art. 119 – 120 – 121) (DPR 16. 12. 1992. n 495 – Regolamento al nuovo codice della strada). www.scuolaguida.it
- 9) *Consolidated text produced by the CONSLEG system of the Office for Official Publications of the European Communities.* 1991L0439 – 01/05 /2004, pp.38-39. On line.
- 10) *Alvarez FJ, Fierro I, Vicondoa A et al.* Assessment of fitness to drive and cardiovascular diseases at the Spanish Medical Centres. *Circ J* 2007; 71:1800-04
- 11) *Petch MC on behalf of the Task Force.* Driving and heart disease. *European Heart Journal* 1998; 19:1165-77
- 12) *Isselbacher EM.* Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation* 2005; 11:816-828
- 13) *Bigert C, Klerdal K, Hammar N et al.* Time trends in the incidence of myocardial infarction among professional drivers in Stockholm 1977-96. *Occup Environ Med* 2004; 61:987-991
- 14) *Monpère C, Bertrand S, Kapusta P et al.* Return to work of professional drivers after cardiac rehabilitation (abstract) *Arch Mal Coeur Vaiss* 1992; 85:987-992
- 15) *Shepard RJ.* The acceptable risk of driving after myocardial infarction: are bus drivers a special case? *Cardiopulm Rehabil* 1998; 18:199-208
- 16) *Sagberg F.* Driver health and crash involvement: a case controlled study. *Accid Anal Prev* 2006; 38:28-34
- 17) *Kavanagh T, Matosevic V, Thacker L et al.* On-site evaluation of bus drivers with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil* 1998; 18:209-215
- 18) *Akiyama T, Powel JL, Mitchell LB et al.* Resumption of driving after life-threatening ventricular tachyarrhythmia. *N Engl J Med* 2001; 345:391-397
- 19) *Hickey K, Curtis AB, Lancaster S et al.* Baseline factors predicting early resumption of driving after life-threatening arrhythmias in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators (AVID) trial. *Am Heart J* 2001; 142:99-104
- 20) *Epstein A, Baessler EA, Curtis AB et al.* Addendum to “Personal and public safety issues related to arrhythmias that may affect consciousness: implications for regulation and physician recommendations: a medical/scientific statement from the American Heart Association and the North American Society of Pacing and Electrophysiology”. Public safety issues defibrillators: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2007; 115:1170-76
- 21) *Korlakunta H, Li H, Cloutier D et al.* Abstract 1985: driving restrictions in patients with implantable cardiac defibrillator for primary prevention – A web survey. *Circulation* 2006; 114:II’397
- 22) *Petch MC.* Heart disease, guidelines, regulations, and the law. *Heart* 2002; 87:472-479
- 23) *Mantovan R, Raviele A, Delise P et al.* Patente di guida e defibrillatore impiantabile: dalla parte del cardiologo, del giurista...o del paziente? *G Ital Aritmol Cardiodiagn* 2002; 2:85-88