

LAVORO ORIGINALE

Idoneità alla guida dei portatori di pacemaker

Sergio Sermasi, Marco Marconi, Maurizio Mezzetti, Gian Carlo Piovaccari

G Ital Aritmol Cardioslim 2004;1:17-19

Dipartimento di Malattie Cardiovascolari,
UO di Cardiologia
Ospedale Infermi, AUSL Rimini

Introduzione

L'automobile ha progressivamente acquisito un valore sociale crescente, fino a rappresentare oggi un mezzo indispensabile per la mobilità di persone e cose e una prerogativa fondamentale della libertà individuale. Si calcola che una persona, non professionalmente coinvolta nei trasporti, trascorra alla guida dell'auto almeno 250 ore all'anno.¹ Non autorizzare quindi la guida è una decisione che limita fortemente l'autonomia della persona. La legge deve tenere conto di questo fatto, confrontandolo con il rischio potenziale di provocare un incidente da parte del soggetto in causa. Lo scopo del presente lavoro è offrire alle componenti mediche deputate alla concessione o al rinnovo dell'idoneità alla guida dell'automobile alcuni elementi di valutazione, condivisi a livello internazionale, che dovranno essere considerati al momento di emettere il giudizio di idoneità o meno.

Norme legislative nazionali

Le normative di legge vigenti in Italia riguardanti il rilascio e la conferma della patente di guida ai soggetti colpiti da un'affezione cardiovascolare sono raccolte nel Supplemento Ordinario alla GU n. 383 del 28/12/1992, Appendice II, Articolo 320 riguardante le malattie invalidanti ovvero le malattie e le affezioni che escludono la possibilità del rilascio del certificato di idoneità alla guida. Il Paragrafo A del Supplemento, alla voce "Affezioni cardiovascolari" recita: *la patente di guida non deve essere rilasciata né confermata ai candidati o conducenti colpiti da una 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 Medica Locale che può avvalersi della consulenza di uno specialista appartenente alle strutture pubbliche. La Commissione Medica terrà nel debito conto i rischi o pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli conducibili con le patenti delle categorie C, D, E.*

Il testo adegua la legislatura italiana alla prima direttiva del consiglio CEE n. 80/1263/CEE, riportata sul Supplemento Ordinario alla GU n. 163 del 1998 che definisce le norme minime concernenti l'idoneità fisica e psichica classificando i documenti in due gruppi:

Gruppo 1. Conducenti dei veicoli delle categorie A e B
Gruppo 2. Conducenti dei veicoli delle categorie C, D e E

Per analogia i candidati al rilascio o al rinnovo della patente di guida sono classificati nel gruppo cui apparterranno quando il permesso sarà stato rilasciato-rinnovato. Nello stesso Supplemento, alla voce "Afezioni cardiovascolari", viene specificato:

1. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata ai candidati o conducenti colpiti da un'afezione cardiovascolare salvo i casi in cui la domanda sia supportata dal parere di un medico autorizzato.
2. Per quanto riguarda i candidati o conducenti del gruppo 2, l'autorità medica competente terrà in debito conto i rischi o pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli che rientrano nella definizione di tale gruppo.

Più recentemente il Decreto 9/8/1994 del Ministero dei Trasporti, che recepisce la direttiva CEE n. 91/439 del 29/7/1991, all'Allegato III, riferendosi alle afezioni cardiovascolari, specifica al comma 9.1 che la patente non deve essere rilasciata né rinnovata al candidato o conducente colpito da gravi disturbi del ritmo cardiaco, e nel comma 9.2 che il documento di idoneità alla guida può essere rilasciato o rinnovato al portatore di uno stimolatore cardiaco su parere favorevole del medico autorizzato e con controllo medico regolare.

La Commissione Medica Locale, in collaborazione o meno con lo Specialista, rappresenta quindi l'organo legale al quale deve far riferimento il candidato o conducente, che ha l'obbligo morale di riferire l'afezione cardiovascolare di cui è affetto al medico che provvede alla certificazione circa il suo stato di salute.

Non esiste in Italia, come in molti altri Paesi, contrariamente a quanto accade in Norvegia,² l'obbligo da parte del medico di informare ufficialmente gli uffici competenti della motorizzazione circa i pazienti da lui in cura che ritiene temporaneamente o permanentemente non idonei alla guida.

Portatori di pacemaker

Nei pazienti portatori di pacemaker permanente, la bradiaritmia sintomatica responsabile dell'impianto stesso dovrebbe rappresentare un problema risolto definitivamente. L'idoneità alla guida per questi pazienti

dipende esclusivamente dal corretto funzionamento dello stimolatore, dall'integrità degli elettrodi e dallo stato di carica della batteria. Le probabilità di avaria del pacemaker e/o degli elettrodi è valutabile attorno all'1% per anno, per cui il rischio di inabilità durante la guida per questo motivo è estremamente basso.^{3,4}

Esiste una fase di maggior rischio rappresentata dai primi giorni dopo l'impianto, quando la possibilità di dislocazione degli elettrocateri è più elevata.⁵ L'orientamento attuale di dimettere precocemente dall'ospedale il paziente, entro 12-24 ore dall'impianto, impone la raccomandazione di non guidare l'automobile fino al primo controllo clinico strumentale che mediamente avviene dopo 8-10 giorni e coincide spesso con la rimozione dei punti di sutura.

Questa precauzione risulta ancor più valida per i pazienti pacemaker-dipendenti nei quali la sopravvivenza e lo stato di benessere dipendono direttamente dal buon funzionamento dell'apparecchio. Meno limitativo è l'atteggiamento del medico in occasione della sostituzione del generatore, dove la ripresa della guida è condizionata esclusivamente dall'intervento chirurgico recente.

Per quanto riguarda la verifica del corretto funzionamento del sistema di stimolazione, la valutazione della soglia di stimolazione e dello stato di carica della batteria è compito del Centro di Cardiolitizzazione che ha in controllo il paziente. Il medesimo Centro ha l'obbligo di predisporre il calendario dei controlli periodici sulla base dello stato clinico del paziente, della tipologia del sistema stimolante e dell'anzianità di esercizio del sistema stesso.

Alcune problematiche possono emergere per i pazienti sottoposti a impianto di pacemaker per bradiaritmie sintomatiche complicate da tachiaritmie sopraventricolari parossistiche o per sincope neuromediata e/o ipersensibilità senocarotidea.

Nel primo caso, la possibilità sufficientemente elevata⁶ che la tachiaritmia sopraventricolare possa indurre sincope o presincope durante la guida rappresenta un problema che deve essere indagato e valutato indipendentemente dalla presenza del pacemaker.

Nel secondo caso, la presenza di una componente vasodepressiva può vanificare l'effetto del pacemaker e produrre ugualmente la sincope o la presincope. Un adeguato periodo di valutazione clinica e più precisa-

mente di assenza di sintomi maggiori porterà alla concessione o al rinnovo dell'idoneità di guida.

In conclusione, il rischio di inabilità acuta durante la guida dell'auto per i pazienti affetti da bradiaritmie sintomatiche corrette con l'impianto del pacemaker è sicuramente molto basso. Esistono alcune situazioni cliniche, che andranno valutate autonomamente, in cui coesistono patologie che nonostante il pacemaker possono essere responsabili di sincope o presincope e quindi di un più elevato rischio di inabilità durante la guida.

A completamento di quanto esposto, va riferito che la Società Europea di Cardiologia, l'American Heart Association e la North American Society of Pacing and Electrophysiology hanno pubblicato una serie di raccomandazioni in merito^{7,8} che possono essere di aiuto alle Commissioni Mediche per esprimere un giudizio motivato, vantaggioso per il paziente e sicuro per la società:

1. Nessuna limitazione per i pazienti non pacemaker-dipendenti trattati per bradiaritmie sintomatiche.
2. Inabilità assoluta alla guida di veicoli privati per una settimana dopo l'impianto e di quattro settimane se si tratta di veicoli commerciali, per i pazienti pacemaker-dipendenti trattati per bradiaritmie sintomatiche. Per questi pazienti è necessaria la dimostrazione del corretto funzionamento del sistema di stimolazione e di un margine di sicurezza corrispondente a tre volte la soglia di stimolazione.

Al punto 2 potrebbe essere aggiunta la preferenza per una stimolazione bipolare meno sensibile alle interferenze esterne (elettromagnetiche e/o miopotenziali).

La durata della concessione o del rinnovo, fatte salve le condizioni ai punti 1 e 2, non dovrebbe essere condizionata dalla presenza dello stimolatore.

Bibliografia

1. Cosio FG, Vela TA, Sanz JR, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre conducción de vehículos, pilote de aviones y actividades subacuáticas en cardiopatas. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1-18.
2. Steen T, Gjerstad L. Driver's licenses and medicine. A review of legal requirements and practice. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113:2277-2280.
3. Consensus Conference, Canadian Cardiovascular Society. Assessment of the cardiac patient for fitness to drive. *Can J Cardiol* 1992;8:406-412.
4. Jelic V, Belkic K, Djordjevic M, Kocovic D. Survival in 1,431 pacemaker patients: prognostic factors and comparison with the general population. *Pacing Clin Electrophysiol* 1992;15:141-147.
5. Cazzin R. Pazienti con le bradiaritmie, prima e dopo l'impianto di pacemaker. In Sermasi S, Antonioli GE: *V Riunione Annuale dell'Associazione Italiana di Cardiol. Rimini*, 29-30 Settembre 1995, Volume Atti: 101-108.
6. Dhala A, Bremner S, Blanck Z, et al. Impairment of driving abilities in patients with supraventricular tachycardias. *Am J Cardiol* 1995;75:516-518.
7. Petch MC on behalf of the Task force of the European Society of Cardiology. Driving and heart disease. *Eur Heart J* 1998;19: 1165-1177.
8. 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. *Circulation* 1996;94: 1147-1166.

Indirizzo per la corrispondenza

Sergio Sermasi
Unità Operativa di Cardiologia
Ospedale Infermi
Via Settembrini, 2
47900 Rimini
E-mail: ssermasi@auslrn.net