

ARTICOLO

Idoneità alla guida e sincope*

Introduzione

Occorre inizialmente sottolineare come tutti i dati disponibili suggeriscano che lo stato clinico del conducente di un autoveicolo, se si eccettua l'assunzione di alcool, non sia un fattore rilevante negli incidenti della strada. Inoltre, nella maggior parte dei casi in cui vi è una patologia alla base dell'incidente, essa era già stata diagnosticata in precedenza e solo in 1 caso su 1000 un incidente stradale è secondario a un'improvvisa incapacità alla guida.¹ Le principali cause di incidenti della strada con perdita di coscienza alla guida sono elencate nella Tabella I.² In un registro anonimo,³ il 3% dei pazienti con sincope ha riportato di aver avuto una sincope alla guida, che solo nell'1% ha determinato un incidente della strada. Solo il 9% di coloro a cui era stata raccomandata l'astinenza dalla guida a causa di una sincope ha effettivamente seguito la raccomandazione. Tra i pazienti con aritmie ventricolari minacciose arruolati nel trial AVID,⁴ i sintomi suggestivi di tachiaritmia ricorrevano frequentemente mentre i pazienti erano alla guida, ma tali sintomi raramente hanno determinato incidenti della strada (0,4% per paziente/anno). La probabilità di un incidente era inferiore alla frequenza annuale di incidenti stradali nella popolazione generale ed era indipendente dalla durata dell'astinenza dalla guida.

Nel 1998, la Società Europea di Cardiologia ha creato una Task Force relativa all'idoneità alla guida nel cardiopatico. Il documento prodotto dalla Task Force conteneva riferimenti relativi alla guida in caso di sincope, specialmente di natura neuromediata.² In un docu-

Cause di 2000 incidenti della strada con perdita di coscienza alla guida, basata sui verbali di Polizia

TABELLA I

Epilessia	38%
Sincope	21%
Diabete in terapia insulinica	18%
Cardiopatia	8%
Stroke	7%
Altro	8%

*Traduzione in lingua italiana delle linee guida europee sulla sincope (ESC Guidelines on management, diagnosis and treatment, of syncope – Update 2004. *Europace* 2004;6:467-537).

TABELLA II Raccomandazioni suggerite per l' idoneità alla guida nei pazienti con sincope

Diagnosi	Gruppo 1 (autisti privati)		Gruppo 2 (autisti professionisti)	
	<i>Criteria di non idoneità in accordo al documento ESC 1998</i>	<i>Criteria di non idoneità modificati in accordo con la Task Force 2004 sulla sincope</i>	<i>Criteria di non idoneità in accordo al documento ESC 1998 sulla sincope</i>	<i>Criteria di non idoneità modificati in accordo con la Task Force 2004</i>
Aritmie cardiache				
Aritmie cardiache in trattamento medico	Qualsiasi alterazione del ritmo cardiaco che ha probabilità di causare sincope	Finché non è stato effettuato un trattamento efficace	La guida non è permessa se l'aritmia (ad es., bradicardia non sinusale, significativa alterazione della conduzione, fibrillazione o flutter atriale o tachicardia a complessi larghi) ha causato o ha probabilità di causare una sincope. Una volta controllata l'aritmia, l' idoneità può essere rilasciata se la frazione di eiezione ventricolare sinistra è >40% e non vi è documentazione elettrocardiografica di tachicardia ventricolare	Finché non è stato effettuato un trattamento efficace
Impianto pacemaker	La prima settimana	Nessun cambiamento	In caso di persistenza dei sintomi	Per i pacemaker finché non sia stabilita l'efficacia
Ablazione transcateretere efficace			L' idoneità può essere rilasciata dopo almeno 6 settimane, una volta accertato non vi siano condizioni di non idoneità	Per le ablazioni finché non sia confermata l'efficacia, solitamente in 3 mesi

Continua

mento AHA/NASPE inerente la sicurezza personale e pubblica correlata ad aritmie che possono alterare lo stato di coscienza, è stato brevemente discusso l'argomento idoneità alla guida e sincope.⁵

Le seguenti raccomandazioni relative all' idoneità alla guida in caso di sincope sono basate su questi documenti, il cui livello di evidenza è C, con poche eccezioni.

Idoneità alla guida e sincope

TABELLA II *Continuazione*

Diagnosi	Gruppo 1 (autisti privati)		Gruppo 2 (autisti professionisti)	
	Impianto ICD	I primi 6 mesi, in assenza di recidive aritmiche o di sintomi invalidanti durante la scarica dell'ICD. Per pazienti impiantati con ICD in prevenzione primaria, nessuna restrizione	Basso rischio, opinioni controverse, tendenza ad accorciare il tempo di restrizione	Permanente
Sincope neuromediata				
<i>(a) Vasovagale</i>				
Isolata/lieve	Nessuna restrizione	Nessun cambiamento	Valutazione specialistica, inclusa una relazione neurologica	Nessuna restrizione se non avvenuta durante attività ad alto rischio ^a
Severa ^a	Fino al controllo dei sintomi	Nessun cambiamento	Fino al controllo dei sintomi. L' idoneità è rilasciata dopo 3 mesi e possibilmente dopo un tilt test negativo. Obbligatorio un attento follow-up	Restrizione permanente finché non sia stata stabilita una terapia efficace
<i>(b) Senocarotidea</i>				
Isolata/lieve	Nessuna restrizione	Nessun cambiamento	Nessuna restrizione	Nessuna restrizione se non avvenuta durante attività ad alto rischio ^a
Severa ^a	Fino al controllo dei sintomi	Nessun cambiamento	Fino al controllo dei sintomi	Restrizione permanente finché non sia stata stabilita una terapia efficace
<i>(c) Situazionale</i>				
Isolata/lieve	Nessuna restrizione	Nessun cambiamento	Nessuna restrizione	Nessuna restrizione se non avvenuta durante attività ad alto rischio ^a
Severa ^a	–	Finché non sia stata stabilita una terapia appropriata	–	Restrizione permanente finché non sia stata stabilita una terapia efficace

Continua

TABELLA II *Continuazione*

Diagnosi	Gruppo 1 (autisti privati)	Gruppo 2 (autisti professionisti)
Sincope di origine indeterminata		
Isolata/lieve	–	Nessuna restrizione se non avvenuta durante attività ad alto rischio ^a
Severa ^a	In caso di sincope severa fino alla diagnosi, soprattutto nei pazienti con cardiopatia, o almeno 3 mesi senza recidive prima del rilascio di idoneità	Finché non vi siano una diagnosi e una terapia appropriate
		Richiede una valutazione specialistica, inclusa una relazione neurologica. Test provocativi e ricerca di aritmie devono essere effettuati soprattutto nei pazienti con cardiopatia. Se i risultati sono soddisfacenti, l'idoneità può essere rilasciata dopo 3 mesi. Obbligatorio un attento follow-up
		Finché non vi siano una diagnosi e una terapia appropriate

^aLa sincope neuromediata è definita severa se è molto frequente, se avviene durante l'esecuzione di attività "ad alto rischio" o se è ricorrente e imprevedibile nei pazienti "ad alto rischio".

Raccomandazioni

Nel 1998 è stato pubblicato il documento della Task Force ESC sull'idoneità alla guida e cardiopatia che è il riferimento standard per l'Europa. Sono definiti due gruppi di autisti. Il gruppo 1 comprende conducenti di motocicli, automobili e altri piccoli veicoli con o senza rimorchio. Il gruppo 2 include conducenti di veicoli di peso superiore alle 3,5 tonnellate o di veicoli adibiti al trasporto di passeggeri con più di otto posti, escluso l'autista. Autisti di taxi, piccole ambulanze e altri veicoli costituiscono una categoria intermedia tra gli autisti privati e professionisti.

Lo scopo delle linee guida della Tabella II è di essere pratiche ed esecutive. Esse riflettono una combinazione tra giudizio clinico e alcune valutazioni tecniche. Ciascun caso deve essere considerato singolarmente e devono essere tenute in considerazione le regolamentazioni locali. In ogni caso, i conducenti appartenenti

al gruppo 2 con severa cardiopatia e sincope di qualsiasi natura devono essere sollevati dalla guida per ragioni professionali.

Per il gruppo 1, la Task Force consiglia il minimo delle restrizioni; pertanto, ai pazienti con cardiopatia e sincope che rientrano in questo gruppo è sconsigliata solo temporaneamente la guida.

Commento

La Task Force ha la possibilità di pubblicare ulteriori documenti rilevanti. I dati suggeriscono che il rischio di incidente stradale correlato a sincope è basso. Tilt test ripetuti per valutare l'efficacia di una qualsiasi terapia probabilmente non hanno valore predittivo. Non esistono dati che confermino che, in seguito a tre mesi consecutivi in assenza di recidive sincopali, non ve ne possano essere in futuro. Al momento attuale, gli elementi in favore di una terapia farmacologica rimango-

Idoneità alla guida e sincope

no poco convincenti. La valutazione neurologica dei pazienti con sincope non ha particolare valore. Nella Tabella II, inoltre, sono riportati i criteri di esclusione in accordo con la Task Force 2004 sulla sincope.

Bibliografia

1. Herner B, Smedby B, Ysander L. Sudden illness as a cause of motor-vehicle accidents. *Br J Int Med* 1966;23:37-41.
2. Petch MC, for the Task Force. Driving and heart disease. Task Force Report. *Eur Heart J* 1998;19:1165-1177.
3. Maas R, Ventura R, Kretschmar C, et al. Syncope, driving recommendations, and clinical reality: survey of patients. *Br Med J* 2003;326:21.
4. Akiyama T, Powell J, Mitchell B, et al. Resumption of driving after life-threatening ventricular tachyarrhythmia. *N Engl J Med* 2001;345:391-397.
5. 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. *Circulation* 1996; 94:1147-1166.