

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1452

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**FORMISANO, ADOLFO, CIRO ALFANO, BARBIERI, BOSI, CAPITANIO SANTOLINI, CASINI, CESA, CIOCCHETTI, COMPAGNON, RICCARDO CONTI, D'AGRÒ, D'ALIA, DE LAURENTIIS, DELFINO, DIONISI, DRAGO, FORLANI, GALATI, GALLETTI, GRECO, LUCCHESI, MARCAZZAN, MARTINELLO, MAZZONI, MELE, MEREU, OPPI, PERETTI, ROMANO, RONCONI, RUVOLO, TABACCI, TASSONE, TUCCI, VIETTI, VOLONTÈ, ZINZI**

Modifica all'articolo 126 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di conferma della validità della patente di guida per soggetti post-comatosi

*Presentata il 25 luglio 2006*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Nei Paesi industrializzati, il trauma cranico encefalico (TCE) rappresenta la principale causa di coma prolungato (intendendo con questo termine una perdita di coscienza della durata di almeno quarantotto ore) e, conseguentemente, la principale causa di disabilità soprattutto tra i giovani. Esso infatti colpisce prevalentemente i soggetti della fascia di età compresa tra i quindici ed i trentacinque anni e per questo finisce per avere pesanti ricadute, oltre che a livello personale e familiare, anche su un piano più generalmente socio-economico.

Recuperare la capacità di guidare un veicolo dopo un coma è uno degli obiettivi riabilitativi più ambiziosi da raggiungere, poiché indice di una forte e completa autonomia da parte del paziente, implicando una ricaduta positiva a diversi livelli: della propria autostima, del reinserimento lavorativo e, più in generale, del reinserimento sociale.

Ma per poter guidare un veicolo in maniera sicura è necessaria l'integrità di diverse funzioni cognitive (tempi di reazione, attenzione selettiva, sostenuta e divisa, capacità visuo-percettive, orientamento topografico, memoria, funzioni ese-

cutive o frontali), compresa la capacità di previsione di eventuali pericoli, nonché un comportamento adeguato e responsabile, indispensabile per una guida sicura. Naturalmente è importante considerare anche i *deficit* neuromotori e della coordinazione motoria, che possono facilmente presentarsi in seguito a un coma prolungato (paresi, sindrome cerebellare, parkinsonismo post-traumatico eccetera).

Ma mentre la disabilità neuromotoria è affrontata più adeguatamente a livello istituzionale (vedi ufficio patenti speciali o centri mobilità della FIAT), il problema della disabilità cognitiva rimane a tutt'oggi poco indagato, se non limitatamente ad alcuni *deficit*, peraltro di natura neurosensoriale (*deficit* dell'acuità visiva e ipoacusia).

Ne consegue la necessità di fare fronte a una problematica che ormai non può più essere sottovalutata: la valutazione della capacità di tornare alla guida da parte di un soggetto post-comatoso, in condizioni di sicurezza per sé e per gli altri.

Una recente ricerca sugli « Aspetti sanitari della sicurezza stradale » (Progetto Datis — II rapporto dell'Istituto superiore della sanità con il contributo dell'IRCCS Fondazione Santa Lucia) ha valutato il rischio di incidente stradale cui un soggetto con esiti di coma prolungato incorre, nel caso in cui decida di tornare alla guida di un autoveicolo, in confronto con una popolazione di individui normali, di pari età e sesso, e ha altresì esaminato in che modo la disabilità funzionale residua dopo un coma prolungato possa interagire con una buona ripresa della guida stessa.

Tra i novanta soggetti del gruppo di pazienti inclusi, ventinove hanno ripreso a guidare e, tra questi, undici soggetti hanno avuto un incidente stradale. Il gruppo degli incidentati non si differenziava significativamente da quello dei non incidentati per quanto riguardava l'età, il sesso e la durata media del coma, mentre i due gruppi differivano rispetto al tempo medio intercorso dal coma (per gli incidentati, mediamente, tale intervallo era maggiore).

Allo scopo di stabilire se il valore emerso (undici pazienti incidentati su ventinove) fosse un valore « a rischio », la ricerca è proseguita stimando, innanzitutto, rispetto alla popolazione generale, la probabilità che un individuo normale ha di avere un incidente, in un anno, come conducente, tenuto conto dell'età e del sesso.

Dal numero di accessi al pronto soccorso per incidente stradale in Italia in un anno (circa 800.000 unità), rapportato all'intera popolazione italiana (circa 56.000.000), si ottiene un indice dello 0,014286, che rappresenta la probabilità che un soggetto, in un anno, incorra in un incidente stradale che implichi almeno il suo trasporto al pronto soccorso.

Se si considera che per un giovane maschio (oltre l'80 per cento dei pazienti del campione oggetto di studio), rispetto alla popolazione generale, il rischio relativo di incorrere in un incidente stradale è pari a 2,7 (dati ISTAT), dal prodotto  $0,014286 \times 2,7$ , si ottiene la probabilità che un giovane maschio in un anno incorra in un incidente stradale che implichi almeno il suo trasporto al pronto soccorso: 0,03858.

È stato poi calcolato il volume di esposizione ad incidente stradale nei ventinove soggetti dello studio, sommando l'esposizione al rischio, in anni, di ognuno dei due gruppi.

Per avere una stima degli incidenti attesi, quindi, si è moltiplicata la probabilità prima ottenuta per la durata complessiva dell'esposizione al rischio di incidente stradale, ottenendo 4,7 casi attesi ( $0,03858 \times 123$ ) contro gli undici casi osservati nel campione.

La differenza tra il numero di casi attesi e quelli realmente osservati è risultata altamente significativa, con un rischio relativo al « coma » rispetto al « non coma » pari a 2,3 (11/4,7). Un soggetto che è stato in coma per almeno quarantotto ore, dunque, risulta più a rischio di incidente stradale, rispetto a un soggetto normale di pari età e sesso.

Secondo alcuni autori, però, non sarebbe confermata l'ipotesi di un incremento del rischio di incidenti stradali nei pazienti con esiti di trauma cranico, pur

se si è rilevata, in questi pazienti, una maggiore propensione alla violazione delle norme sulla sicurezza stradale. Dai risultati del rapporto citato, invece, emerge un significativo incremento del rischio di incorrere in un incidente stradale per chi è stato in coma per almeno quarantotto ore. Ma se è indispensabile rispettare il diritto alla guida per un buon recupero della autonomia del disabile, è indiscutibile l'analoga necessità di tutelare l'incolumità del medesimo paziente e di tutti i cittadini.

I dati riportati ci impongono una maggiore cautela nel consentire al paziente post-comatoso di tornare alla guida, senza un preliminare controllo specifico.

Ma purtroppo manca ancora un protocollo di valutazione specifico, scientifica-

mente validato, che permetta, da un lato, di vietare di tornare alla guida a chi non ne è più in grado, ma che, dall'altro, non ostacoli il ritorno all'autonomia di quei pazienti che invece sono in grado di farlo.

Con la presente proposta di legge si intende introdurre nel decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 295, recante il nuovo codice della strada, una novella alle disposizioni dell'articolo 126, in tema di requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida e di conferma della validità della patente di guida, e in particolare una modifica indispensabile che permetterà di avviare un processo di riabilitazione per supportare concretamente il paziente post-comatoso nella sua difficile decisione di ritornare alla guida di un veicolo.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

1. Al comma 5 dell'articolo 126 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, sono aggiunti i seguenti periodi: «I responsabili delle unità di terapia intensiva o di neurochirurgia presso le quali è avvenuto il ricovero di soggetti che hanno subito un trauma cranico o che sono in coma per altra causa devono comunicare ai competenti uffici del Dipartimento per i trasporti terrestri i casi di coma di durata superiore alle quarantotto ore, al fine di assicurare che i medesimi soggetti, prima di tornare alla guida di un autoveicolo o motoveicolo, siano sottoposti ad accertamenti per la conferma della validità della patente di guida. L'idoneità alla guida è valutata dalle commissioni di cui al citato articolo 119, comma 4, previo parere vincolante dello specialista dell'unità riabilitativa che ha seguito l'evoluzione clinica del paziente. Tale specialista effettua una valutazione neuropsicologica e una verifica su strada o su apposito simulatore e può disporre che l'interessato si sottoponga a uno specifico programma riabilitativo ».

