Si forniscono, da parte di SIMCE, i seguenti elementi di conoscenza e di valutazione, alla IX Commissione Trasporti della Camera dei deputati, On. Salvatore Deidda, nell'ambito dell'esame del disegno di legge recante *"Schema di D. Lgs. Nuovo Codice della Strada"* (Atto del Governo n. 448).

SIMCe, nel rimarcare la piena disponibilità a collaborare, propone di modificare:

A) Modificare art. 181 Schema Decreto Legislativo:

- **eliminare "territoriali" tra servizi e riabilitazione al comma 3, così da consentire anche ai medici servizi ospedalieri di partecipare ai lavori delle Commissioni mediche locali;**
- **eliminare il comma 5 e riproporlo come art. 20 dell'allegato V.3 (vedasi allegato 2);**
- **modificare il comma 2, prevedendo dopo l'allocuzione "linee guida", l'inserimento di:**

", mediante istituzione di un Comitato Tecnico, costituito da due rappresentanti del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, due rappresentanti del Ministero della Salute e due rappresentanti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei medici certificatori".

B) comma 1 art. 1 dell'Allegato V.3 in tal modo:

1. *L'accertamento dei requisiti fisici e psichici, in sede monocratica, è effettuato dai medici in servizio presso l'ufficio delle aziende sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale; o dal medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della salute, o da un medico della società Rete Ferroviaria Italiana Spa o da un medico militare o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o dai medici effettivi presso altri Dicasteri. Tutti i medici su menzionati devono avere in essere un contratto a tempo indeterminato con la propria amministrazione o corpo ed i requisiti di cui all'All. 1.*
2. *L'accertamento può essere effettuato dai medici di cui al precedente comma, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché' abbiano svolto l'attività di accertamento*

Società Italiana di Medicina Certificativa

Iscritta all'albo Società Scientifiche con Determina
Ministero Salute n 52951 del 9 settembre 2024
Piazza Campitelli, 2 presso Palazzo Albertoni Spinola - 00186 ROMA
Tel: +39 3249586727 E-mail: segreteria@simce.it PEC: simce@pec.simce.it Web: www.simce.it

per dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni, quali membri titolari o sostituti regolarmente nominati, per almeno cinque anni ed in possesso dei requisiti di cui all'All. 1.

C) inserire Allegato 1 di tale articolo;

D) adeguare i requisiti psicofisici con quanto indicato nell'All. 2;

E) riformulare l'art. 330 del Regolamento di Attuazione sulle CML, come da allegato 3, inserendolo all'interno dello Schema di Decreto;

F) per quanto attiene la figura professionale introdotta dall'art. 103 del D. Lgs. 112/1998 prevedere come già fatto per il medico autorizzato di cui all'art. 138 del D. Lgs. 101/2020, analogo percorso di formazione professionale, costituito da:

- *un corso teorico di almeno 40 ore, si trasmettono i contenuti in allegato 4;*
- *di un corso pratico di almeno 40 giorni lavorativi, in affiancamento presso le Commissioni Mediche Locali (CML) o i medici monocratici, certificati dal MIT quali tutor;*
- *esame abilitante da tenersi presso il Ministero dei Trasporti, a seguito del quale il medico viene iscritto in albo provinciale presso la MCTC di residenza o domicilio professionale, con rilascio del codice identificativo e le credenziali di accesso al portale del Trasporto ex. art. 23 Legge 120/2010;*

Sussiste la necessità di attagliare il redigendo decreto alle necessità di tale esame, in particolare per la composizione della Commissione d'esame per l'iscrizione nell'elenco dei medici privati, contenuto del materiale di esame (vedasi allegato 4).

All. 1

Accertamento dei requisiti psico-fisici per la guida di veicoli

Parte A requisiti ed obblighi dei medici

1. Solo i medici con contratto a tempo indeterminato con le amministrazioni di cui al comma 2 dell'articolo 119, possono richiedere il codice identificativo di cui all'art. 1 del decreto dirigenziale del 31 gennaio 2011 e s.m.i.
2. Tutti i professionisti sanitari di cui all'articolo 119, devono seguire corsi di formazione in materia di medicina sociale nell'ambito della formazione continua di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del presente comma.
3. La formazione continua si colloca nell'ambito del programma di educazione continua in medicina (ECM) di cui all'Accordo 2 febbraio 2017 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento «La formazione continua nel settore salute» ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 2017.
4. I crediti specifici in materia di medicina sociale devono rappresentare almeno il 10 per cento dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici di cui al comma 2 e comma 4.
5. Per l'organizzazione e la predisposizione dei programmi dei corsi e la scelta dei docenti, i provider ECM accreditati secondo l'accordo di cui al comma 12 si avvalgono di enti, istituzioni, associazioni e società scientifiche che comprendono tra le proprie finalità, quello di medicina sociale.
6. I sanitari che svolgono l'attività di cui all'art. 119, sono tenuti a comunicare sul portale del trasporto il possesso dei titoli e requisiti abilitanti per lo svolgimento di tale attività; sono altresì tenuti a comunicare, con le stesse modalità, eventuali successive variazioni comportanti la perdita di requisiti precedentemente autocertificati e la cessazione dello svolgimento dell'attività.
7. I medici posti in congedo o in quiescenza dalle amministrazioni di cui al comma 2 dell'art. 119, possono continuare a svolgere l'attività in sede monocratica, purché l'abbiano svolta per almeno 10 anni durante il periodo di servizio presso la propria amministrazione o per almeno 5 anni in sede collegiale, per un numero minimo di sedute pari a 60 (sessanta).
8. Gli accertamenti sono effettuati presso la struttura pubblica nella quale il medico presta servizio oppure presso gabinetti medici dove si accertano i requisiti di idoneità per le patenti di guida, nonché presso le scuole guida, le scuole nautiche, i consorzi per l'attività di scuola nautica e le sedi dei soggetti di cui alla legge 8 agosto 1991, n. 264, che rispettino idonei requisiti igienico-sanitari e siano accessibili e fruibili dalle persone con disabilità.

Parte B Obblighi delle Amministrazioni

1. Le amministrazioni ed i corpi di cui al comma 2 all'articolo 119 comunicano al centro elaborazioni dati della Direzione generale per la motorizzazione ogni evento dal quale derivi cessazione del rapporto di lavoro, ovvero destituzione dall'incarico o dispensa dallo stesso, dei medici appartenenti alle strutture.

2. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente comma, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) introduce nel proprio «Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM» l'obiettivo formativo specifico «Medicina Sociale».
3. Il Ministero della salute, utilizzando i dati registrati nell'anagrafe nazionale dei crediti formativi del programma di educazione continua in medicina, verifica periodicamente il mantenimento del requisito, con cadenza almeno triennale e lo comunica al centro elaborazioni dati della Direzione generale per la motorizzazione.
4. Gli uffici della motorizzazione preposti al rilascio del codice di identificazione di cui agli articoli 2 e 3 del Decreto Dirigenziale 31 gennaio 2011, effettuano controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione prodotte dai medici di cui agli stessi articoli, e comunque a cadenza triennale.
5. Il Ministero dei Trasporti per il tramite del Centro Elaborazioni dati della D.G. per la motorizzazione effettua con cadenza annuale verifiche, anche a campione, dei requisiti e dei titoli autocertificati. L'esito negativo delle verifiche, comporta la cancellazione d'ufficio dall'elenco per il tramite delle motorizzazioni periferiche che hanno rilasciato il codice di cui al decreto dirigenziale del 31 gennaio 2011. L'elenco dei medici abilitati è consultabile attraverso il portale dell'automobilista. L'iscrizione all'elenco costituisce di per sé titolo abilitante all'esercizio dell'attività.

All. 2

Art. 1 (Competenze ai fini dell'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida e delle altre abilitazioni)

Emendare il comma 2;

Modificare il comma 3: modificare "*primo rilascio della patente di guida" in "primo conseguimento della patente di guida, non nei casi di estensione***"**

Modificare il comma 4 nella seguente formulazione:

L'accertamento di cui al comma 3 deve risultare da certificazione di data non anteriore a 3 mesi, se rilasciata da medico monocratico e di data non anteriore a sei mesi, se rilasciata da Commissione Medica Locale, dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosi dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia (Allegato 5).

Modificare il comma 6 lett. e) sostituendo "è integrata" con "può essere integrata".

Art. 2 (Accertamento dei requisiti fisici e psichici)

Aggiungere al comma 4 lettera:

a) malattie endocrine:

In caso di somministrazione di farmaci antidiabetici che non inducono ipoglicemie gravi in soggetti affetti da patologie endocrine diverse dal diabete la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.

b) affezioni renali:

Per quanto riguarda le forme di insufficienza renale si invitano i medici monocratici e le commissioni mediche locali ad utilizzare la classificazione KDOQI con GFR misurato e non stimato (eGFR), gestendo in monocratico in assenza di altre complicanze le forme di insufficienza renale fino allo stadio 3; in caso di presenza di comorbilità o di gravi complicanze (ponendo particolare attenzione a quelle cardiovascolari o da diabete) che possono pregiudicare la sicurezza stradale e comunque sempre dallo stadio 4 KDOQI il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale.

La certificazione specialistica rilasciata dal Nefrologo di struttura pubblica o privata convenzionata dovrà obbligatoriamente riportare nei casi di insufficienza renale:

- Il GFR misurato (ossia la clearance misurata della creatinina su urine delle 24 ore o esecuzione di prelievo ematico per cistatina C);
- la classificazione KDOQI;
- causa eziopatogenetica dell'insufficienza renale cronica se nota;

nei casi di paziente in dialisi, la certificazione dovrà contenere almeno:

- tipologia di trattamento dialitico (emodialisi o dialisi peritoneale);
- compliance al trattamento dialitico;
- adesione alla terapia farmacologica domiciliare;
- frequenza dei trattamenti;

nei casi di pazienti trapiantati, la certificazione dovrà contenere almeno:

- funzionalità o meno dell'organo trapiantato;
- tempi di follow-up;
- terapia farmacologica.

Coloro che sono affetti da tubulopatie sono da rinviarsi al giudizio della Commissione medica locale almeno nel primo rilascio.
Se, all'esito della visita, la commissione medica locale certifica che il conduttore affetto da tubolopatie presenta una condizione di stabilità clinica o non suscettibile di aggravamento, la patente può essere rilasciata per il periodo ordinariamente e le successive convalide sono subordinate ad accertamento delle condizioni di idoneità psicofisica svolta da uno dei medici monocratici salvo che questi ritenga necessaria una nuova visita collegiale, qualora l'esito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia sorgere dubbi circa l'idoneità.

c) trapianti di organo:
Se, all'esito della visita, la commissione medica locale certifica che il candidato trapiantato presenta invece una condizione suscettibile di aggravamento, o non stabile la validità può essere rilasciata per un massimo di 1 anno.

Aggiungere al comma 5, le seguenti lettere:

j) efficienza degli arti;
k) malattie onco-ematologiche;
l) fibrosi cistica e malattie rare;
m) soggetti ultraottentenni;
n) tempi di reazione a stimoli semplici e complessi.

Aggiungere al comma 6:

Aggiungere il comma 7:

La sussistenza di verbali, riconoscimenti o provvedimenti adottati nell'ambito di altri procedimenti, ivi compresi quelli in materia di invalidità civile, handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e indennità di accompagnamento, non costituisce, di per sé, presupposto per l'invio alla Commissione medica locale, né motivo ostativo alla valutazione da parte dei medici di cui all'articolo 119 del Codice della strada, salvo che emergano condizioni patologiche rilevanti ai fini dell'idoneità alla guida riconducibili alle fattispecie previste dalla presente disciplina.

Art.3 (Dei requisiti visivi)

Il candidato al conseguimento della patente di guida (ovvero chi deve rinnovarla o ha l'obbligo di revisione ai sensi dell'art. 128 del codice della strada) deve sottoporsi a esami appropriati per accertare la compatibilità delle sue condizioni visive con la guida di veicoli a motore. Se c'è motivo di dubitare che la sua vista non sia adeguata, il candidato deve essere esaminato dalla Commissione Medica Locale.
Per i conducenti appartenenti al gruppo 1 che non soddisfano le norme riguardanti il campo visivo e l'acutezza visiva, il rilascio della patente può essere autorizzato da parte della Commissione medica locale in "*casi eccezionali*", correlati alla situazione visiva del conducente, ponendo limitazioni riguardo alla guida. In questi casi il conducente deve essere sottoposto a visita dalla Commissione che verifica, avvalendosi di accertamenti da parte di medico specialista oculista o con specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate o dal medico specialista anche privato che ha in cura l'interessato, anche l'assenza di altre patologie che possono pregiudicare la funzione visiva, fra cui la sensibilità all'abbagliamento, al contrasto, la visione crepuscolare, eventualmente avvalendosi anche di prova pratica di guida. La documentazione sanitaria inerente agli accertamenti posti a base del giudizio espresso dovrà restare agli atti per almeno cinque anni.
Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere un'acutezza visiva binoculare complessiva, anche con correzione ottica, se ben tollerata, di almeno 0,7, raggiungibile sommando l'acutezza visiva posseduta da entrambi gli occhi, purché il visus nell'occhio che vede peggio non sia inferiore a 0,2.
Il campo visivo binoculare posseduto deve rispettare specifici parametri di ampiezza orizzontale, verticale e centrale ovvero consentire una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto e verso il basso e non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi rispetto all'asse centrale. Nei soli casi in cui l'anamnesi oculare risulti negativa, il campo visivo può essere valutato tramite prova di confronto; in tutti gli altri casi, il medico certificatore deve richiedere un campo visivo computerizzato (campo visivo binoculare di Estermann) che dovrà risultare conforme ai parametri sopra indicati (il relativo referto deve restare agli atti per almeno cinque anni).
Inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare, un idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento e una idonea sensibilità al contrasto, in caso di insufficienza di tali due ultime funzioni la Commissione medica locale può autorizzare la guida solo alla luce diurna e/o altre limitazioni.
Qualora sia rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva, la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata dalla Commissione con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista.
Nel caso di semplice ipertono oculare senza danni al campo visivo e di cheratocono adeguatamente corretto (deformazione stabilizzata e vista recuperata in modo efficace tramite lenti o interventi appropriati), previo parere di medico specialista oculista, l'idoneità alla guida può essere stabilita anche in sede monocratica. La validità della patente non può essere comunque superiore a 5 anni e la documentazione sanitaria inerente l'accertamento posto a base del giudizio espresso dovrà restare agli atti per almeno cinque anni.

Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida monocolo, organico o funzionale, deve possedere un'acutezza visiva di non meno 0,8, raggiungibile anche con lente correttiva se ben tollerata. Il medico monocratico deve certificare, eventualmente avvalendosi di adeguata documentazione sanitaria/certificazione specialistica, che tale condizione di vista monoculare esiste da un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno sei mesi) da consentire l'adattamento del soggetto e che l'occhio residuo è esente da patologie o che, in caso di patologia, questa non sia a rischio di progressione. Il campo visivo deve possedere una estensione orizzontale di almeno 120 gradi e di non meno di 60 gradi verso destra o verso sinistra e di 25 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale: l'estensione del campo visivo e l'assenza di difetti nei 30° centrali deve essere accertata con esame computerizzato il cui referto deve essere conservato per almeno 5 anni. Nel caso in cui uno o più requisiti non sono presenti il giudizio viene demandato alla Commissione medica locale che, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista, valuta con estrema cautela se la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata, eventualmente con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna e/o altre limitazioni.

A seguito di diplopia sviluppata recentemente o della perdita improvvisa della visione in un occhio, ai fini del raggiungimento di un adattamento adeguato non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo, da valutare da parte di medico specialista oculista; trascorso tale periodo, la guida può essere autorizzata dalla Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista, eventualmente con prescrizione di validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna e/o altre limitazioni.

Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida del gruppo 2 deve possedere una visione binoculare con un'acutezza visiva, se del caso raggiungibile con lenti correttive, di almeno 0,8 per l'occhio più valido e di almeno 0,4 per l'occhio meno valido. Se per ottenere i valori di 0,8 e 0,4 sono utilizzate lenti correttive, l'acutezza visiva minima (0,8 e 0,4) deve essere ottenuta o mediante correzione per mezzo di lenti a tempiale con potenza non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata.

Il campo visivo orizzontale binoculare posseduto deve essere di almeno 160 gradi, con estensione di 80 gradi verso sinistra e verso destra e di 30 gradi verso l'alto e 30 verso il basso. Non devono essere presenti binocularmente difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale. Vale quando indicato per il gruppo 1: nei soli casi in cui l'anamnesi oculare risulti negativa, il campo visivo può essere valutato tramite prova di confronto; in tutti gli altri casi, il medico certificatore deve richiedere un campo visivo computerizzato (campo visivo binoculare di Estermann) che dovrà risultare conforme ai parametri sopra indicati (il relativo referto deve restare agli atti per almeno cinque anni).

La patente di guida non deve essere rilasciata al paziente affetto da condizione monocolare organica o funzionale.

A seguito della perdita della visione da un occhio o di gravi alterazioni delle altre funzioni visive che permettevano l'idoneità alla guida o di insorgenza di diplopia deve essere prescritto un periodo di adattamento adeguato, non inferiore a sei mesi, in cui non è consentito guidare. Trascorso tale periodo la Commissione medica locale, acquisito il parere favorevole di un medico specialista oculista può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni.

Non è, in ogni caso, consentito il conseguimento delle patenti di gruppo 2 ai soggetti con visione monoculare e/o con acuità visiva inferiore a quanto indicato.

Art. 4 (Delle patologie cardiovascolari)

Le patologie cardiovascolari possono provocare una improvvisa menomazione delle funzioni cerebrali costituendo un pericolo per la sicurezza stradale. Tali malattie costituiscono un motivo per istituire restrizioni temporanee o permanenti alla guida.

Per le patologie cardiovascolari definite dai successivi commi, l'idoneità al rilascio o alla conferma di validità della patente di guida è attestata solo previa acquisizione di certificazione di un medico specializzato in cardiologia, appartenente ad una struttura pubblica.

Qualora, dall'analisi della certificazione di cui sopra, ricorrano i seguenti casi, la valutazione sarà di competenza della commissione medica locale che potrà prevedere termini di validità della patente di guida inferiori a quelli ordinari previsti dall'art. 126 del codice della strada:
a) bradiaritmie (malattia del nodo del seno e disturbi della conduzione) e tachiaritmie (aritmie sopraventricolari e ventricolari) con anamnesi positiva per sincope o episodi sincopali da patologie aritmiche quando non corrette da terapia medica o dispositivo impiantabile (si applica ai gruppi 1 e 2);
b) bradiaritmie: malattia del nodo del seno e disturbi della conduzione con blocco atrioventricolare (AV) tipo Mobitz II, blocco AV di terzo grado o blocco di branca alternante quando non corrette da terapia medica o dispositivo impiantabile (si applica ai gruppi 1 e 2);
c) tachiaritmie (aritmie sopraventricolari e ventricolari) con - malattie cardiache strutturali e tachicardia ventricolare sostenuta (TV) o - TV polimorfa non sostenuta, tachicardia ventricolare sostenuta o con indicazione all'impiego di defibrillatore (si applica ai gruppi 1 e 2);
d) sintomatologia da angina (si applica ai gruppi 1 e 2);
e) impianto o sostituzione di pacemaker permanenti (si applica solo al gruppo 2, per il gruppo 1 vedasi successivamente);
f) impianto o sostituzione di defibrillatore o shock appropriato o inappropriato da defibrillatore (si applica solo al gruppo 1, si rimanda ad apposito modulo elaborato dal Comitato Tecnico);
g) sincope quando non corretta da terapia medica o dispositivo impiantabile (perdita transitoria di coscienza e di tono posturale, caratterizzata da insorgenza rapida, breve durata e risoluzione spontanea, dovuta a ipo-perfusione cerebrale globale, di presunta origine riflessa e avente cause sconosciute, senza evidenza di cardiopatie correlate) (si applica ai gruppi 1 e 2);
h) sindrome coronarica acuta (si applica solo al gruppo 2, per il gruppo 1 vedasi successivamente)
i) angina stabile, in assenza di sintomatologia da attività fisica moderata (si applica ai gruppi 1 e 2);
j) angioplastica coronarica (PCI) (si applica solo al gruppo 2, per il gruppo 1 vedasi successivamente);
k) bypass aorto-coronarico (CABG) (si applica solo al gruppo 2, per il gruppo 1 vedasi successivamente); l) ictus cerebri (si applica ai gruppi 1 e 2);
m) stenosi carotidea severa (si applica solo al gruppo 2);
n) diametro aortico massimo superiore a 4,5 cm (si applica al gruppo 1 e 2);
o) insufficienza cardiaca: - classe II e III New York Heart Association (NYHA) (si applica solo al gruppo 1), - classe I e II NYHA a condizione che la frazione di eiezione ventricolare sinistra sia almeno del 35% (si applica solo al gruppo 2);
p) trapianto di cuore (si applica ai gruppi 1 e 2);
q) dispositivo di assistenza cardiaca (si applica solo al gruppo 1);
r) chirurgia delle valvole cardiache (si applica ai gruppi 1 e 2); considerare compatibile il rilascio o la convalida in sede monocratica in caso di riparazione chirurgica della valvola mitralica con buon

esito dimostrato da ecocardiogramma e senza alterazioni funzionali o aritmiche residue (ad almeno tre mesi dall'intervento); la sostituzione valvolare con protesi non rientra in questa categoria;
s) ipertensione maligna (aumento della pressione arteriosa sistolica ≥ 180 mmHg o della pressione arteriosa diastolica ≥110 mmHg associato a danni d'organo imminenti o progressivi) (si applica ai gruppi 1 e 2);
t) ipertensione di III grado (pressione arteriosa diastolica ≥110 mmHg e/o pressione arteriosa sistolica ≥180 mmHg) (si applica solo al gruppo 2);
u) cardiopatia congenita (si applica ai gruppi 1 e 2); considerare compatibile il rilascio o la convalida in sede monocratica la riparazione chirurgica di difetto interatriale (DIA) o difetto interventricolare (DIV) con buon esito dimostrato da ecocardiogramma e senza alterazioni funzionali o aritmiche residue (ad almeno tre mesi dall'intervento), la riparazione chirurgica o percutanea di forame ovale pervio (PFO) con buon esito dimostrato da ecocardiogramma e senza alterazioni funzionali o aritmiche residue (ad almeno tre mesi dall'intervento) e l'efficace asportazione di mixoma atriale con buon esito dimostrato da ecocardiogramma e senza alterazioni funzionali o aritmiche residue (ad almeno tre mesi dall'intervento).
v) cardiomiopatia ipertrofica in assenza di sincope (si applica solo al gruppo 1);
w) sindrome del QT lungo con sincope, torsione di punta o QTc > 500 ms (si applica solo al gruppo 1).

Si potrà procedere, invece, al rilascio dell'idoneità in sede monocratica per quelle affezioni aritmiche e ischemiche ritenute stabilizzate da un medico specializzato in cardiologia, appartenente ad una struttura pubblica, limitatamente a:

- aritmia sopraventricolare (ad es. extrasistolia sopraventricolare, fibrillazione atriale, flutter atriale e tachicardie sopraventricolari come TRNAV, TRAV/WPW, ecc.) in assenza di sincope e di malattie cardiache strutturali confermata da metodica di imaging (ecocardiogramma o risonanza magnetica cardiaca) ed in controllo farmacologico (ad almeno sei mesi dall'inizio della terapia) o se trattata in maniera definitiva con efficace procedura ablativa (ad almeno sei mesi dall'intervento; obbligatoria in caso di WPW ad alto rischio);
- pacemaker ("loop recorder" e defibrillatori impiantabili o ICD/CRTD non rientrano in questa categoria) con le seguenti caratteristiche:
    - almeno 3 (tre) mesi dall'impianto;
    - età del paziente maggiore di 50 anni;
    - corretto funzionamento del dispositivo;
    - adesione ai controlli periodici del dispositivo;
    - elettrocateteri in sede da meno di 10 anni (cut-off per possibili malfunzionamenti degli elettrocateteri).
- sindrome coronarica acuta o cardiopatia ischemica cronica non infartuale, passato almeno un anno da efficace trattamento di rivascolarizzazione coronarica percutanea (PCI) o chirurgica (BPAC), che presenti le seguenti caratteristiche:
    a) assenza di sintomatologia aritmica maggiore o sintomatologia anginosa residua sia a riposo che sotto sforzo (classe CCS 1), dimostrata con test ergometrico;

b) normale funzione contrattile ventricolare sinistra intesa come FE>50% dimostrata con ecocardiogramma o altra metodica di imaging (ad es. risonanza magnetica) ed assenza di sintomi compatibili con insufficienza cardiaca (classe NYHA I).

Per le seguenti patologie cardiovascolari, la patente di guida non deve essere nè rilasciata nè rinnovata al candidato o al conducente nei gruppi indicati:
a) impianto di un defibrillatore (si applica solo al gruppo 2);
b) malattie vascolari periferiche - aneurisma dell'aorta toracica e addominale con diametro aortico massimo tale da esporre la persona a un rischio significativo di rottura improvvisa e quindi a un evento invalidante improvviso (si applica ai gruppi 1 e 2);
c) insufficienza cardiaca: - classe IV NYHA (si applica solo al gruppo 1), - classe III e IV NYHA (si applica solo al gruppo 2);
d) dispositivi di assistenza cardiaca (si applica solo al gruppo 2);
e) valvulopatia con insufficienza aortica, stenosi aortica, insufficienza mitralica o stenosi mitralica se la stima della capacità funzionale corrisponde alla IV classe NYHA o se si sono verificati episodi sincopali (si applica solo al gruppo 1);
f) valvulopatia in III o IV classe NYHA oppure con frazione d'eiezione (FE) al di sotto del 35 %, stenosi mitralica e ipertensione polmonare severa o con stenosi aortica severa o stenosi aortica tale da provocare una sincope; ad eccezione della stenosi aortica severa asintomatica con test di tolleranza dell'attività fisica negativo (si applica solo al gruppo 2);
g) cardiomiopatie strutturali ed elettriche - cardiomiopatie ipertrofiche con anamnesi positiva per sincope, o in presenza di due o più delle seguenti patologie: ventricolo sinistro (LV) con spessore di parete > 3 cm, tachicardia ventricolare non sostenuta, anamnesi familiare positiva per morte improvvisa (in familiari di primo grado), nessun aumento della pressione arteriosa con attività fisica (si applica solo al gruppo 2);
h) sindrome del QT lungo con sincope, torsione di punta e QTc > 500 ms (si applica solo al gruppo 2);
i) sindrome di Brugada con sincope o morte cardiaca improvvisa abortita (si applica ai gruppi 1 e 2).
La patente di guida può essere rilasciata o rinnovata in casi eccezionali dalla commissione medica locale, a condizione che il rilascio/rinnovo sia debitamente giustificato dal parere di un medico specialista e sottoposto a valutazione medica periodica che garantisca che la persona è in grado di guidare il veicolo in modo sicuro tenendo conto degli effetti della patologia.

B.4. Altre cardiopatie/cardiomiopatie: è necessario valutare il rischio di eventi invalidanti improvvisi per il candidato o il conducente con cardiomiopatie note (ad esempio, cardiomiopatia ventricolare destra aritmogena, cardiomiopatia non compattata, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica e sindrome del QT breve) o con cardiomiopatie non ancora note che possono essere scoperte. È necessaria un'attenta valutazione specialistica. È necessario tenere conto delle caratteristiche di prognosi della specifica cardiopatia/cardiomiopatia.

Art. 5 (Del diabete mellito)

L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete mellito per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici monocratici, acquisito il parere dei medici specialisti delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o accreditate dalle Regioni, o dello specialista, anche privato, che ha in

cura il candidato, che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida.
Per i soggetti affetti da diabete mellito, per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie, il giudizio è demandato alla commissione medica che può essere integrata da un medico specialista diabetologo, sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia sia ai fini dell'espressione del giudizio finale.
Nelle disposizioni per "*ipoglicemia grave*" si intende la condizione in cui è necessaria l'assistenza di un'altra persona, mentre per "*ipoglicemia ricorrente*" si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave. Tale condizione è riconducibile esclusivamente a patologia diabetica in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi, come l'insulina o farmaci orali "*insulino-stimolanti*" come sulfaniluree e glinidi.
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:
Per "*controllo glicemico"*: potrà essere considerato come controllo glicemico "*adeguato*", riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità per la guida, un valore di emoglobina glicata <8.0%; "*non adeguato*" in caso di valori >8.0%;
Per le "*valutazioni delle ipoglicemie*" dovranno essere tenuti presenti, al fine di attribuzione del giudizio di "*non accettabile*" o "*accettabile*", i seguenti parametri valutativi: valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e di gestirla precocemente e adeguatamente; presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedano l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi.
Per formulare il giudizio sul rischio per la pericolosità per la guida, gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*basso*" sono: assenza di retinopatia; assenza di neuropatia; assenza di nefropatia; ipertensione ben controllata; cardiopatia ischemica ben controllata (> di 1 anno), neuropatia autonomica 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; retinopatia non proliferante, se con buona conservazione del visus; 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 "*accettabile*"; in caso di terapia insulinica mediante microinfusore di insulina e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio dotati di avvisi predittivi ovvero senza l'impiego di farmaci insulino-stimolanti.
Per formulare il giudizio sul rischio per la pericolosità per la guida, gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*medio*" sono: uso di farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi; retinopatia proliferante, se con buona conservazione del visus; nefropatia, se solo con macroalbuminuria; nefropatia con insufficienza renale cronica fino allo stadio 3B, in assenza di complicazioni; ipertensione non controllata.
Per formulare il giudizio sul rischio per la pericolosità per la guida, gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*alto*" sono: retinopatia proliferante, con riduzione del visus; neuropatia autonomica o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici; nefropatia con insufficienza renale cronica dallo stadio 3B, in presenza di complicazioni; controllo glicemico "*non adeguato*"; giudizio sull'ipoglicemia "*non accettabile;* 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 "non accettabile".

Nel caso di un profilo di rischio "*alto*", il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale. 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 dell'emoglobina glicata, il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi.
L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del candidato o del conducente del gruppo 1, affetto da diabete mellito è effettuato dal medico monocratico di cui al comma 2 dell'articolo 119 del codice della strada, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato.
In caso di presenza di comorbilità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale. In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo 1 fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all'età.
In caso di terapia insulinica mediante microinfusore di insulina e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio dotati di avvisi predittivi ovvero senza l'impiego di farmaci insulino-stimolanti, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età, a decorrere dalla data di effettuazione della visita.
Il candidato o conducente affetto da diabete in trattamento con farmaci che possono provocare ipoglicemia deve dimostrare di comprendere il rischio connesso all'ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua patologia.
La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente che non abbia un'adeguata consapevolezza dei rischi connessi all'ipoglicemia.
La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente che soffra di ipoglicemia grave e ricorrente, a meno che la richiesta non sia supportata da un parere medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato e valutazioni mediche periodiche. Nel caso di ipoglicemie gravi e ricorrenti durante le ore di veglia la patente di guida non deve essere rilasciata né rinnovata prima dei tre mesi successivi all'ultimo episodio. La patente di guida può essere rilasciata o rinnovata in casi eccezionali a condizione che il rilascio/rinnovo sia debitamente giustificato dal parere di un medico diabetologo o con specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni), appartenente ad una struttura pubblica, e sottoposto a valutazione medica periodica che garantisca che la persona è in grado di guidare il veicolo in modo sicuro tenendo conto degli effetti della patologia.
Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età, a decorrere dalla data di effettuazione della visita.
Nei casi di candidati affetti da diabete mellito, in assenza di complicanze, in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in

associazione tra loro e con un valore di emoglobina glicata <7.0%, la certificazione può essere rilasciata anche dal medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito.
In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "*insulino-stimolanti*" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di informazione al paziente da parte dello specialista sull'opportunità di segnalarsi all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del gruppo 2 è effettuato da parte della Commissione medica locale, a candidati o conducenti affetti da diabete mellito è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:
a) assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
b) il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
c) il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello di glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
d) il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia;
e) assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida.
Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.
Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, (come insulina, e farmaci orali come sulfaniluree e glinidi) la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità per un periodo massimo di tre anni o per un periodo inferiore in relazione all'età.
In caso di terapia insulinica mediante microinfusore di insulina e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio dotati di avvisi predittivi ovvero senza l'impiego di farmaci insulino-stimolanti, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età, a decorrere dalla data di effettuazione della visita.
In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada.
In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "*insulino-stimolanti*" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di informazione al paziente da parte dello specialista sull'opportunità di segnalarsi all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

Art. 6 (Dell'epilessia)

1. Le crisi epilettiche o le altre alterazioni improvvise dello stato di coscienza costituiscono un pericolo grave per la sicurezza stradale allorché sopravvengono al momento della guida di un veicolo a motore.
I soggetti affetti da epilessia non soddisfano i criteri per una patente di guida senza restrizioni. Vi è obbligo di segnalazione, ai fini delle limitazioni al rilascio o della revisione di validità della patente di guida, all'Ufficio della Motorizzazione civile dei soggetti affetti da epilessia da parte di Enti o Amministrazioni che per motivi istituzionali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l'esistenza di tale condizione (per esenzione dalla spesa sanitaria, riconoscimento di invalidità civile, accertamenti dei servizi medico legali, ecc).
La valutazione pertanto dovrà essere fatta con particolare attenzione da parte della Commissione medica locale, la quale si avvale del parere di uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni), il quale per effettuare la "*diagnosi sindromica*", utilizza la classificazione delle epilessie dell'International League Against Epliepsy, e dovrà tenere conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità.
È estremamente importante identificare la sindrome epilettica specifica per valutare correttamente il livello di sicurezza rappresentato dal soggetto durante la guida (compreso il rischio di ulteriori crisi) e definire la terapia più adeguata.
Le persone che sono considerate clinicamente guarite su certificazione rilasciata da uno specialista in neurologia (o disciplina equipollente) e non hanno presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico non sono più soggette a restrizioni o limitazioni, ad eccezione dei casi specifici di cui al successivo comma 2.
Tutta la documentazione sanitaria dovrà restare agli atti della Commissione medica locale per almeno dieci anni.
Per "*epilessia*" si intende il manifestarsi di due o più crisi epilettiche non provocate, a distanza di meno di cinque anni l'una dall'altra.
Per "*crisi epilettica provocata*" si intende una crisi scatenata da una causa identificabile (fattore o malattia provocante) e potenzialmente evitabile; la sua presenza non rappresenta un ostacolo alla guida purché il fattore provocante abbia scarsa probabilità di manifestarsi alla guida.
Per "*crisi epilettica non provocata*" si intende ogni crisi che non soddisfi la definizione di crisi epilettica provocata; crisi non provocate si manifestano in assenza di fattori o malattie responsabili di crisi epilettiche oppure in presenza di fattori o malattie provocanti ma al dì fuori dei tempi entro i quali si manifestano le crisi provocate.
Per "*diagnosi riferita*", si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il centro certificante.
Per "*diagnosi non riferita*", si intende la diagnosi effettuata (o confermata) presso il centro certificante.
Per "*altra perdita di coscienza*", si riferisce a tutti gli episodi di perdita di contatto giudicati dallo specialista di genesi non epilettica; in questi casi, il giudizio di idoneità è demandato allo specialista competente sulla base della diagnosi formulata.
2. La patente di guida di un conducente con epilessia del gruppo 1 deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche in assenza di terapia, proseguendo la valutazione presso la Commissione medica locale fintanto che non possa considerarsi clinicamente guarito, mediante certificazione rilasciata da uno specialista in neurologia (o disciplina equipollente) che attesti l'assenza crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico.

I soggetti liberi da crisi da almeno 5 anni ma che risultino tuttora in trattamento saranno ancora sottoposti a controlli periodici da parte della Commissione medica locale che stabilirà la durata del periodo di idoneità dopo aver acquisito la certificazione emessa dallo specialista in neurologia o disciplina equipollente.
Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilità che si ripeta al volante, può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale, subordinatamente a un parere neurologico (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di sei mesi senza crisi, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata. Il periodo di osservazione dovrà essere protratto finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche.
Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida.
Epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista neurologo, di un anno senza ulteriori crisi.
Crisi esclusivamente durante il sonno: il candidato o il conducente che soffre di crisi esclusivamente durante il sonno può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi durante la veglia, è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "*Epilessia*").
Crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacità di azione: il candidato o il conducente che soffre esclusivamente di crisi a proposito delle quali è dimostrato che non incidono sullo stato di coscienza e che non causano incapacità funzionale, può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi di natura diversa, è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "*Epilessia*")
Crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: al paziente può essere raccomandato di non guidare per un periodo di sei mesi dall'inizio del periodo di sospensione del trattamento. In caso di crisi che si manifestano nel periodo in cui il trattamento medico è stato modificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per tre mesi se il trattamento efficace precedentemente applicato viene nuovamente applicato.
Dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista, di un anno senza ulteriori crisi.
3. La Commissione medica locale tiene in debito conto e valuta con estrema severità i rischi e pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli del gruppo 2. La validità della patente, in questi casi non può essere superiore a due anni.
Per i soggetti liberi da crisi da almeno 10 anni ma ancora in trattamento non è previsto il conseguimento/rinnovo della patente del gruppo 2.
Il candidato del gruppo 2 non deve assumere farmaci antiepilettici per tutto il prescritto periodo di dieci anni senza crisi. Deve essere stato effettuato un controllo medico appropriato con un approfondito esame neurologico che non ha rilevato alcuna patologia cerebrale e alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG).

Crisi epilettica provocata: Il candidato del gruppo 2 che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilità di ripetizione durante la guida può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale per veicoli ad uso privato e non per trasporto terzi, subordinatamente a un parere neurologico. Dopo l'episodio acuto è opportuno eseguire un EEG e un esame neurologico adeguato. Un soggetto con una lesione strutturale intracerebrale che presenta un rischio accresciuto di crisi non deve guidare veicoli appartenenti al gruppo 2 (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato del gruppo 2 che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di dieci anni senza ulteriori crisi senza il ricorso a farmaci antiepilettici, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata.
Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
Epilessia: devono trascorrere dieci anni senza crisi epilettiche, senza l'assunzione di farmaci antiepilettici e senza alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG). La stessa regola si applica anche in caso di epilessia dell'età pediatrica. In questi casi la Commissione dovrà stabilire una validità limitata che non potrà essere superiore a due anni. Determinati disturbi (per esempio malformazione arterio-venosa o emorragia intracerebrale) comportano un aumento del rischio di crisi, anche se le crisi non si sono ancora verificate. In una siffatta situazione ai fini del rilascio della patente di guida la Commissione medica locale dovrà attentamente valutare tale rischio, stabilendo un opportuno periodo di verifica, con validità della possibilità di guidare non superiore a 2 anni ove non diversamente disposto.

Art. 8 (Delle sostanze psicotrope, stupefacenti e medicinali)

Aggiungere il comma 4:
L’accertamento dei requisiti per il rilascio, il rinnovo o la revisione della patente è effettuato dalla Commissione medica locale, tenendo conto della patologia di base, del dosaggio, della durata e stabilità della terapia, degli eventuali effetti indesiderati e della possibile compromissione delle capacità cognitive, attentive, percettive e psicomotorie necessarie alla guida. Ai fini dell’espressione del giudizio devono essere considerati, in particolare: la patologia o condizione clinica per la quale il trattamento è prescritto; il grado di compenso e la stabilità clinica; la stabilità del trattamento farmacologico; la tipologia dei medicinali assunti; il dosaggio, le modalità e gli orari di assunzione; la durata del trattamento; le associazioni farmacologiche suscettibili di produrre effetti additivi o sinergici; la tollerabilità individuale; la presenza di effetti indesiderati; l’eventuale compromissione della vigilanza, dell’attenzione, delle capacità cognitive, dei tempi di reazione, delle prestazioni psicomotorie o del controllo comportamentale.
La Commissione acquisisce, una relazione del medico specialista della struttura pubblica che ha in cura il paziente o che ha prescritto la terapia, recante almeno indicazione clinica, farmaco e posologia, durata del trattamento, stabilità terapeutica, effetti avversi rilevanti ai fini della guida e giudizio sulla compatibilità del trattamento con la conduzione di veicoli.

Art. 9 (Delle disabilità mentali)

1. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente affetto da turbe psichiche che determinino una compromissione delle capacità cognitive, di giudizio, di comportamento o di adattamento tale da risultare incompatibile con una guida sicura. La presenza di una diagnosi psichiatrica non costituisce di per sé causa di non idoneità. La valutazione è demandata alla Commissione Medica Locale in caso di primo rilascio o segnalazione di patente di utente con diagnosi di patologia psichiatrica. La commissione effettuerà le previste valutazioni sulla base di apposita certificazione da parte medico specialista psichiatra con specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate o dal medico specialista anche privato che ha in cura da almeno 6 mesi l'interessato, indicante gli elementi fondamentali delle condizioni del paziente ed il suggerimento, sulla base delle stesse, della durata della patente.
2. Per i candidati del gruppo 1, la certificazione potrà essere integrata, eventualmente, con gli accertamenti che la Commissione riterrà più opportuni. La validità della patente, per tali casi, non potrà essere superiore a 2 anni e prevedrà un periodo minimo di osservazione di 6 anni. Nei casi di trattamento stabile e in assenza di effetti incompatibili con la guida, la competenza per il rinnovo delle suddette patenti potrà essere demandata al medico monocratico che, analogamente, acquisirà certificazione da specialista psichiatra e procederà, in assenza di elementi ostativi riportati, al rinnovo della patente con validità non superiore a due anni. La valutazione è demandata alla Commissione Medica Locale nei casi di instabilità clinica, significativa compromissione funzionale o qualora permangano dubbi circa il possesso dei requisiti psicofisici. I medici monocratici o le commissioni mediche possono richiedere, qualora lo ritengano opportuno, che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici sia integrato da specifica valutazione psicodiagnostica effettuata da psicologi abilitati all'esercizio della professione ed iscritti all'albo professionale ed in possesso di una specifica formazione nel settore della sicurezza stradale. Nel caso sia richiesta una valutazione psicodiagnostica, possono essere effettuate prove di attenzione, di percezione e, prove di valutazione della personalità.

3. Per i candidati del gruppo 2, la presenza di una diagnosi psichiatrica comporta l'obbligo di valutazione da parte della Commissione Medica Locale. La Commissione medica locale tiene in debito conto e valuta con estrema severità i rischi o pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli che rientrano nella definizione di tale gruppo. La validità della patente, in questi casi non può essere superiore a due anni.

4. La patente di guida non deve essere rilasciata né rinnovata al candidato o conducente che presenti condizioni di abuso o dipendenza da medicinali ovvero assuma farmaci o associazioni di farmaci tali da determinare una compromissione delle capacità psicofisiche incompatibile con una guida sicura. La valutazione è demandata alla Commissione Medica Locale in caso di primo rilascio o introduzione o modifica di terapia che può determinare una compromissione delle capacità psicofisiche incompatibile con una guida sicura. La validità della patente, per tali casi, non potrà essere superiore a 2 anni e prevedrà un periodo minimo di osservazione di 6 anni. L'assunzione di medicinali, ivi compresi gli psicofarmaci, non costituisce, di per sé, causa di non idoneità alla guida, ma il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale. La valutazione dell'idoneità è effettuata considerando la condizione clinica complessiva del soggetto, la stabilità terapeutica, la tipologia dei medicinali assunti, il dosaggio, la durata del trattamento, la tollerabilità individuale, l'eventuale presenza di effetti

indesiderati suscettibili di compromettere lo stato di vigilanza, le capacità cognitive, le prestazioni psicomotorie o il controllo comportamentale, avvalendosi delle certificazioni specialistiche che riporteranno eventuali rischi derivanti. Limitatamente ai conducenti del Gruppo 1, qualora considerati stabili dalla Commissione Medica Locale dopo un periodo di osservazione di almeno 6 anni, potranno essere giudicati dai medici di cui al comma 2 dell'art. 119, acquisito il parere dei medici specialisti delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o accreditate dalle Regioni, o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato da almeno 6 mesi. La valutazione è demandata alla Commissione Medica Locale qualora siano presenti condizioni cliniche complesse, modificazioni terapeutiche recenti, effetti farmacologici incompatibili con la guida, abuso o dipendenza da medicinali, in caso di primo rilascio o revisione di patente per i candidati del gruppo 1, ovvero ogniqualvolta permangano dubbi circa il possesso dei requisiti psicofisici richiesti. Per i soggetti che assumono medicinali, per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie, il giudizio è demandato alla commissione medica che può essere integrata da un medico specialista, sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia sia ai fini dell'espressione del giudizio finale. In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono determinare una compromissione delle capacità psicofisiche incompatibile con una guida sicura ricorre l'obbligo di informazione al paziente da parte dello specialista sull'opportunità di segnalarsi all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

Art. 10 (Delle malattie neurologiche)

La patente di guida non deve essere nè rilasciata nè rinnovata a candidati o conducenti colpiti da gravi affezioni neurologiche di grado tale da risultare incompatibili con la sicurezza della guida. L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida da parte della Commissione medica locale, a candidati o conducenti affetti da malattie neurologiche di tipo vascolare, degenerativo, infiammatorie, traumatiche è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in neurologia o specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

La commissione medica locale, anche avvalendosi dell'esito di visita specialistica presso strutture pubbliche, può autorizzare la guida in relazione allo stato evolutivo ed alle capacità funzionali possedute, previa valutazione della compatibilità della sintomatologia sensitiva, sensoriale, motoria e del trofismo muscolare, dovuta a malattie neurologiche od a postumi invalidanti di interventi chirurgici o traumatici del sistema nervoso centrale o periferico, con la sussistenza di condizioni che possano far escludere pregiudizi per la sicurezza della circolazione. In tali casi, gli interessati devono dimostrare di essere in grado di azionare, in condizioni di sicurezza, i comandi del veicolo della categoria per la quale si richiede il rilascio o il rinnovo di validità della patente. La validità della patente, in questi casi, non può essere superiore a tre anni.

La Commissione medica locale tiene in debito conto e valuta con estrema severità i rischi e pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli del gruppo 2. La validità della patente, in questi casi non può essere superiore a due anni.

Art. 11 (Dei disturbi del sonno da apenne ostruttive notturne)

La patente di guida non deve essere nè rilasciata nè rinnovata a candidati o conducenti affetti da disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne che determinano una grave ed incoercibile sonnolenza diurna, con accentuata riduzione delle capacità dell'attenzione non adeguatamente controllate con le cure prescritte.

1.L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici di cui al comma 2 dell'art. 119, acquisito il parere dei medici specialisti in pneumologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o accreditate dalle Regioni, o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato, che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida.

Per i soggetti affetti da disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne, per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie, il giudizio è demandato alla commissione medica che può essere integrata da un medico specialista pneumologo o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni), sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia sia ai fini dell'espressione del giudizio finale.

2. Per formulare il giudizio sul rischio per la pericolosità per la guida, dovrà essere acquisito il parere dei medici specialisti in pneumologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o accreditate dalle Regioni, o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato, che dovrà attestare almeno: tipologia di terapia, presenza o assenza di sonnolenza, presenza o assenza di russamento, indice AHI in terapia, eventuale presenza di comorbilità.

Gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*bassissimo*" sono: russamento rumoroso e abituale (tutte le notti); russamento persistente (da almeno 6 mesi); russamento intermittente; sonnolenza diurna di tipo lieve; sonnolenza assente.

Gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*basso*" sono: ipertensione arteriosa in compenso farmacologico; diabete mellito; con utilizzo di ventilatore o altra terapia, con buona compliance alla terapia e polisonnografia con indice AHI inferiore a 10.

Gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*medio*" sono: ischemia cardiaca non recente (più di 1 anno) o ben controllata; broncopneumopatie; sonnolenza diurna eccessiva; ipertensione non controllata; con utilizzo di ventilatore o altra terapia, con accettabile compliance alla terapia e polisonnografia con indice AHI inferiore a 30 ma superiore a 10.

Gli elementi che dovranno essere considerati per rientrare in un profilo di rischio "*alto*" sono: TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (meno di 1 anno) o non ben controllata, aritmie (FA); soggetti con utilizzo di ventilatore o altra terapia, con scarsa compliance alla terapia e polisonnografia con indice AHI superiore a 30.

Nel caso di un profilo di rischio "medio" o "*alto*", il giudizio è sempre demandato alla Commissione Medica Locale, che può richiedere l'esecuzione dell'accertamento dei tempi di reazione a stimoli semplici e complessi. Il certificato specialistico 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.

3. I medici monocratici sottopongono a particolare valutazione i soggetti per i quali sussistono sintomi riconducibili alla sindrome da apnea ostruttiva notturna. Nei casi in cui si possa concludere

per un rischio bassissimo, i medici monocratici certificano l'idoneità alla guida del conducente nel rispetto dei limiti previsti in relazione all'età, a decorrere dalla data di effettuazione della visita.
Nei casi in cui si possa concludere per un rischio basso, i medici monocratici possono rilasciare o confermare l'idoneità per un periodo massimo di cinque anni, con utilizzo di terapia diversa dal ventilatore, quando indice AHI inferiore a 5; per un periodo massimo di tre anni, quando indice AHI compreso tra 5 e 10. In presenza di terapia con ventilatore la validità non potrà eccedere i due anni.
Nel caso sussistano dubbi circa l'idoneità e la sicurezza di guida, anche per la sussistenza di altre comorbilità per cui ne ricorre l'obbligo, l'accertamento dei requisiti di idoneità psichici e fisici è demandato alla commissione medica locale. La commissione medica locale può autorizzare alla guida i soggetti affetti da sindrome da apnee ostruttive notturne moderate o gravi che dimostrino un adeguato controllo della sintomatologia presentata con relativo miglioramento della sonnolenza diurna, se del caso confermato da parere specialistico di strutture pubbliche. La validità della patente rilasciata o rinnovata, nei casi di rischio "*medio*" ed "*alto*", non può superare rispettivamente i due anni e l'anno, per i conducenti del gruppo 1.
La Commissione medica locale tiene in debito conto e valuta con estrema severità i rischi e pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli che rientrano nella definizione di gruppo 2. La validità della patente, in questi casi non può essere superiore a due anni.

Art. 15 (Dell'udito)

Per il conseguimento, la conferma di validità o la revisione della patente di guida per motoveicoli ed autoveicoli del gruppo 1 occorre percepire da ciascun orecchio la voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di due metri di distanza, oppure nei casi di anacusia persistente da almeno 6 mesi occorre percepire voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di quattro metri. acquisitoil parere dei medici specialisti in otorinolaringoiatria o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o accreditate dalle Regioni, o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato.
La funzione uditiva può essere valutata con l'uso di apparecchi correttivi dell'udito monoaurali o binaurali, purché tollerati. L'efficienza delle protesi deve essere attestata dal costruttore con certificazione rilasciata in data non anteriore a tre mesi, da esibire ai medici monocratici anche nel caso di sordità profonda bilaterale e protesi impiantabili in sede da almeno 6 mesi, é necessario acquisire dal centro impianti che effettua il fitting, la certificazione attestante funzionalità e percezione della voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di quattro metri se impianto monolaterale oppure 2 metri se bilaterale.
Qualora l'uso di apparecchi correttivi dell'udito, compresi le protesi non consenta il raggiungimento dei requisiti previsti la Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista otorinolaringoiatra può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni, e se stabilizzata demandare la successiva valutazione ai medici monocratici.
I medici monocratici e i membri della Commissione medico locale (per i pazienti con obbligo di visita CML) effettuano la verifica dell'acuità uditiva attraverso un test strumentale da effettuarsi nei pazienti a partire dai 65 anni di età, e/o in caso di sospetto di diminuzione della percezione uditiva al momento della visita. Suddetto test strumentale sarà effettuato anche in quei pazienti portatori di ausili uditivi o soggetti monoacusici in sostituzione della certificazione di conformità della protesi uditiva.

Per il conseguimento, la conferma di validità o la revisione della patente di guida per autoveicoli del gruppo 2 occorre percepire la voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di otto metri

di distanza complessivamente e a non meno di due metri dall'orecchio che sente di meno, con valutazione della funzione uditiva senza l'uso di apparecchi correttivi.
Qualora l'uso di apparecchi correttivi dell'udito, compresi le protesi non consenta il raggiungimento dei requisiti previsti, la Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista otorinolaringoiatra può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni.
I medici monocratici e le Commissioni mediche locali (per i pazienti con obbligo di visita CML) effettuano la verifica dell'acuità uditiva attraverso un test strumentale da effettuarsi nei pazienti a partire dai 65 anni di età, e/o in caso di sospetto di diminuzione della percezione uditiva al momento della visita.

Art. 16 (Dell'efficienza degli arti e disabilità fisica)

Non possono conseguire o ottenere la conferma di validità della patente di guida coloro che presentino, in uno o più arti, alterazioni anatomiche o funzionali invalidanti. Sono da giudicare invalidanti, ai fini della guida, le alterazioni anatomiche o funzionali, considerate singolarmente e nel loro insieme, tali da menomare la forza o la rapidità dei movimenti necessari per eseguire con sicurezza tutte le manovre inerenti alla guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita.
Ai fini del presente articolo l'efficienza degli arti deve essere valutata senza l'uso di apparecchi di protesi od ortesi.
Coloro che presentino minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o colonna vertebrale possono conseguire o confermare la validità o essere sottoposti a revisione della patente speciale di categoria A, B, C e D, purché la relativa funzione possa essere vicariata o assistita con l'adozione di adeguati mezzi protesici od ortesici o mediante adattamenti particolari ai veicoli da condurre.
Sulla base delle direttive impartite dal comitato tecnico la funzionalità delle protesi e delle ortesi o l'individuazione degli adattamenti deve essere verificata dalla commissione medica locale.
L'efficienza delle protesi e delle ortesi deve essere attestata dal costruttore con certificazione rilasciata in data non anteriore a tre mesi da esibire alla commissione che procede all'accertamento.
L'efficienza degli adattamenti dovrà essere verificata al momento del collaudo del veicolo presso un ufficio provinciale della Direzione generale della M.C.T.C., sulla base di dichiarazione rilasciata dal costruttore attestante la corrispondenza ad un tipo approvato.
La commissione medica locale nel valutare la possibilità del rilascio di patenti speciali ai portatori di più minorazioni relative a più organi o apparati considera lo stato psicofisico complessivo del soggetto, e può fissare un periodo di validità minore di quello massimo previsto dall'articolo 126 del codice.
Coloro che, per anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico non possono eseguire agevolmente e con sicurezza tutte le manovre inerenti alla guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita, possono conseguire, ottenere la conferma di validità o essere sottoposti a revisione della patente speciale delle categorie A, B, C e D, purché i veicoli siano adattati secondo le loro esigenze ovvero presentino caratteristiche costruttive tali da rendere superfluo l'adattamento.
La patente speciale di categoria C abilita alla guida di autoveicoli aventi massa complessiva a pieno carico non superiore a 11,5 t. La patente speciale di categoria D abilita alla guida di autoveicoli aventi un numero di posti a sedere, escluso quello del conducente, non superiore a 16. La commissione medica locale di cui all'articolo 119, comma 4, del codice, potrà limitare la guida ad autoveicoli di caratteristiche inferiori a quelle previste dal comma 1. Le limitazioni devono essere riportate sulla patente; in questa deve essere precisato quale protesi o ortesi sia prescritta, ove ricorra, e quale adattamento sia richiesto sul veicolo.

Art. 17 (Delle malattie onco-ematologiche)

In caso patologie onco-ematologiche per cui ricorrono le condizioni di cui alla legge 193 del 7 dicembre 2023, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.
La patente di guida non è né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente del gruppo 1 colpito da gravi effetti neurologici e cognitivi connessi alla terapia oncologica.
La Commissione medica locale tiene in debito conto e valuta con estrema severità i rischi o pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli che rientrano nella definizione del gruppo 2. La validità della patente, in questi casi non può essere superiore a due anni.

Art. 18 (Della fibrosi cistica ed altre malattie genetiche rare)

La fibrosi cistica e le altre malattie genetiche rare, in quanto tali, non costituiscono causa ostativa al rilascio, alla conferma di validità o al rinnovo della patente di guida, né motivo per l'imposizione di limitazioni, prescrizioni o restrizioni temporanee o permanenti, qualora non siano presenti condizioni patologiche, comorbidità o trattamenti farmacologici suscettibili di compromettere lo stato di coscienza, la vigilanza, le capacità cognitive, sensoriali o funzionali rilevanti ai fini della sicurezza della guida. Per i soggetti affetti da fibrosi cistica o da altre malattie genetiche rare, l'accertamento dei requisiti psichici e fisici è effettuato secondo i medesimi criteri previsti per la generalità dei conducenti ed è demandato ai medici di cui all'articolo 119 del Codice della strada, anche sulla base di idonea certificazione rilasciata dalla struttura specialistica o dal centro che ha in cura l'interessato. L'invio alla Commissione medica locale è disposto esclusivamente nei casi in cui siano accertate, o adeguatamente documentate, comorbidità, complicanze clinicamente rilevanti o terapie farmacologiche che, per natura, tipologia, posologia o effetti, possano interferire con l'idoneità alla guida, secondo i criteri generali applicabili a tutti i conducenti.

Art. 19 (Dei soggetti ultraottantenni)

L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti di chi abbia compiuto gli ottanta anni di età per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti, è effettuato dai medici monocratici.
In presenza di comorbilità per cui il giudizio è riservato ai medici monocratici, dovranno essere inseriti i seguenti codici unionali:
62. Guida entro un raggio di 100 km dal luogo di residenza del titolare;
67. Guida non autorizzata in autostrada.
Rimane inalterata la possibilità per chi abbia compiuto gli ottanta anni di età, in presenza di comorbilità il cui giudizio è riservato ai medici monocratici adire alla Commissione Medica Locale, per una valutazione idoneativa priva delle limitazioni di cui sopra.
In caso di presenza di comorbilità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale, acquisito il parere dei medici specialisti in geriatria o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o accreditate dalle Regioni, o dello specialista, anche privato, che ha in cura il candidato, che indicano, entro i limiti previsti per età, l'eventuale diversa scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida.

Art. 20 (Tempi di reazione a stimoli semplici e complessi)

Per il conseguimento, la conferma di validità o per la revisione delle patenti speciali delle categorie C e D, o su richiesta della commissione medica sono richiesti tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari per poter essere classificati almeno nel quarto decile della scala decilica di classificazione.

All. 3

	Testo Revisionato
	Art. 330 Commissioni Mediche Locali
1. Le commissioni mediche locali sono costituite con provvedimento del presidente della regione o delle province autonome di Trento e di Bolzano, presso i servizi dell'Azienda sanitaria locale, che svolgono funzioni in materia medico-legale.	1. Le commissioni mediche locali sono costituite con delibera del Presidente della Commissione Medica Locale presso i servizi dell'Azienda sanitaria locale, che svolgono funzioni in materia medico-legale.
2. La commissione è composta da un presidente, due membri effettivi e almeno due supplenti, individuati tra i medici delle amministrazioni e corpi di cui all'articolo 119, comma 2, del codice, tutti in attività di servizio, designati dalle amministrazioni competenti. I membri partecipanti alle sedute della commissione, effettivi o supplenti, devono appartenere ad amministrazioni diverse.	2. La commissione è composta da un presidente, almeno due membri effettivi e almeno due supplenti, individuati prioritariamente tra i medici delle amministrazioni e corpi di cui all'articolo 119, comma 2, del codice, tutti in attività di servizio, designati dalle amministrazioni competenti. I membri partecipanti alle sedute della commissione, effettivi o supplenti, devono appartenere ad amministrazioni diverse, ossia non possono appartenere tutti all'Azienda sanitaria locale, seppure di province diverse. 2- bis. Possono operare fino al compimento del settantacinquesimo anno di età, i medici già appartenenti alle amministrazioni e ai corpi di cui al comma 2 del medesimo articolo 119, previa comunicazione all'azienda sanitaria locale della disponibilità a proseguire nell'incarico. 2-ter. Esperite annualmente le ricerche di membri tra i medici e le amministrazioni e i corpi di cui all'articolo 119 comma 2, del codice, la commissione può essere composta anche dai medici in possesso del codice identificativo di cui al DM 31.1.2011, quali medici supplenti, fino al compimento del settantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto attività di Commissione per almeno 5 anni. 2-quater. Per i medici di cui ai commi 2-bis e 2-ter, resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 489, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e dagli articoli 14, comma 3, e 14.1, comma 3, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26.
3. Il presidente della commissione medica locale è nominato, con provvedimento del presidente della regione o delle province autonome di Trento e di Bolzano, nella persona responsabile dei servizi di cui al comma 1.	3. Il presidente della commissione medica locale è nominato, con provvedimento del Direttore della Motorizzazione provinciale competente per territorio, nella persona responsabile dei servizi di cui al comma 1.
4. Il presidente designa un vicepresidente scelto tra i membri effettivi, che lo sostituisce in caso di sua assenza o impedimento.	4. In caso di assenza o impedimento del presidente, lo stesso viene sostituito come vicepresidente da uno dei membri effettivi.
5. Nel caso in cui l'accertamento dei requisiti fisici e psichici sia richiesto da mutilati e minorati fisici per minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o della colonna vertebrale, la composizione della commissione medica locale è integrata da un medico appartenente ai servizi territoriali della riabilitazione, nonché da un dipendente della Direzione generale della motorizzazione del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici, appartenente ad uno dei profili per i quali è richiesta la laurea in ingegneria. Qualora l'accertamento sia richiesto da soggetti affetti da diabete o da problematiche cliniche alcol-correlate, la composizione della commissione può essere integrata rispettivamente da un medico specialista diabetologo o alcologo.	5. Nel caso in cui l'accertamento dei requisiti fisici e psichici sia richiesto da disabili sensoriali o da disabili fisici per minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o

6. La commissione può avvalersi di singoli consulenti oppure di istituti medici specialistici appartenenti a strutture pubbliche, con onere a carico del soggetto esaminato. **7.** La commissione opera presso idonei locali dell'**azienda** sanitaria locale, facilmente accessibili anche per i mutilati e minorati fisici. **8.** Il presidente convoca la commissione in relazione al numero ed alla natura delle richieste ed assicura il funzionamento dell'ufficio di segreteria della commissione avvalendosi di personale in servizio presso l'**azienda** sanitaria locale. **9.** Per ogni commissione opera un ufficio di segreteria che organizza le sedute curando, altresì, la convocazione di coloro che devono sottoporsi agli accertamenti sanitari e la raccolta e l'archiviazione della documentazione sanitaria degli esaminati. L'interessato che ne faccia richiesta può, a sue spese, essere assistito durante la visita da un medico di fiducia. **10.** Nel caso previsto dall'articolo 119, comma 4, lettera c), del Codice, l'accertamento deve essere effettuato presso la commissione medica locale indicata nel provvedimento con cui è disposto. L'esito dell'accertamento deve essere comunicato all'autorità richiedente. **11.** Il giudizio di non idoneità formulato dalla commissione medica locale deve essere comunicato all'ufficio provinciale della **Direzione generale della motorizzazione** nel cui territorio di competenza opera la commissione stessa. **12.** Il certificato deve essere compilato in ciascuna delle parti relative ai requisiti prescritti per la guida dei veicoli ai quali abilita la patente richiesta ovvero posseduta e, se necessario, può essere integrato da fogli aggiuntivi. **13.** I giudizi delle commissioni mediche locali sono formulati a maggioranza. In caso di parità prevale il giudizio del presidente o, in caso di sua assenza, del vice presidente che presiede la seduta. **14. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 126, comma 8, del codice, i certificati** delle commissioni mediche locali devono essere consegnati agli interessati previa sottoscrizione per ricevuta ed apposizione della data di consegna, ovvero inoltrati per posta con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. **15.** Entro il mese di febbraio di ogni anno il presidente della commissione medica locale, invia al ministero **della salute e alla regione competente** una dettagliata relazione sul funzionamento dell'organo presieduto, relativa all'anno precedente, indicando il numero e il tipo di visite mediche effettuate nelle diverse sedute e quant'altro ritenuto necessario. I dati più significativi vengono pubblicati nel rapporto	della colonna vertebrale, la composizione della commissione medica locale è integrata da componenti ausiliari, ossia da un medico appartenente ai servizi ~~territoriali~~ della riabilitazione, nonché da un dipendente della Direzione generale della motorizzazione del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici, appartenente ad uno dei profili per i quali è richiesta la laurea in ingegneria, nonché dal rappresentante dell'associazione di persone con invalidità individuata dal soggetto sottoposto ad accertamento sanitario. La partecipazione del rappresentante di quest'ultima è comunque a titolo gratuito. Qualora l'accertamento sia richiesto da soggetti affetti da diabete o da problematiche cliniche alcol-correlate, la composizione della commissione può essere integrata rispettivamente da ulteriori componenti ausiliari, ossia un medico specialista diabetologo o alcologo o psichiatra o medico dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche. 6. La commissione può avvalersi di singoli consulenti oppure di istituti medici specialistici appartenenti a strutture pubbliche, con onere a carico del soggetto esaminato. 7. La commissione opera presso idonei locali dell'azienda sanitaria locale, facilmente accessibili anche per i soggetti disabili. 8. Il presidente convoca la commissione in relazione al numero ed alla natura delle richieste ed assicura il funzionamento dell'ufficio di segreteria della commissione avvalendosi di personale in servizio presso l'azienda sanitaria locale e della motorizzazione civile. 9. Per ogni commissione opera un ufficio di segreteria che organizza le sedute curando, altresì, la convocazione di coloro che devono sottoporsi agli accertamenti sanitari e la raccolta e l'archiviazione della documentazione sanitaria degli esaminati. L'interessato che ne faccia richiesta può, a sue spese, essere assistito durante la visita da un medico di fiducia. 10. Nel caso previsto dall'articolo 119, comma 4, lettera c) del codice, l'accertamento deve essere effettuato presso la commissione medica locale ~~indicata nel provvedimento con cui è disposto.~~ L'esito dell'accertamento deve essere comunicato all'autorità richiedente.

annuale previsto dall'articolo 1, comma 2, del Codice. **16.** Possono essere costituite più commissioni mediche locali con il limite, **almeno**, di una per ogni milione di abitanti nel capoluogo di provincia **ed almeno una** per ogni cinquecentomila abitanti in ogni provincia, esclusi quelli del capoluogo, **e comunque in numero adeguato ad assicurare criteri di efficienza del servizio e di adeguata presenza sul territorio, in ragione della domanda espressa**. L'istituzione di tali commissioni, richiesta dal sindaco del capoluogo di provincia o, nell'ambito della provincia, dal sindaco del comune di maggiore importanza, è subordinata all'accertamento dell'esistenza di obiettive condizioni **della regione o delle province autonome di Trento e di Bolzano**. **17.** Il ministro dei Trasporti e della Navigazione, di concerto con i ministri della Sanità e del Tesoro, determina i diritti dovuti dagli utenti per le operazioni di competenza delle commissioni mediche locali, le quote da destinare per le spese di funzionamento delle stesse, comprese quelle relative all'ufficio di segreteria, nonchè le quote per gli emolumenti ed i rimborsi di spese ai componenti delle commissioni medesime. La misura dei diritti dovuti dagli utenti deve essere determinata in modo tale da garantire l'integrale copertura delle spese di funzionamento delle suddette commissioni.	11. Il giudizio di non idoneità formulato dalla commissione medica locale deve essere comunicato all'ufficio provinciale della Direzione generale della motorizzazione nel cui territorio di competenza opera la commissione stessa. 12. Il certificato deve essere compilato in ciascuna delle parti relative ai requisiti prescritti per la guida dei veicoli ai quali abilita la patente richiesta ovvero posseduta e, se necessario, può essere integrato da fogli aggiuntivi. 13. I giudizi delle commissioni mediche locali sono formulati a maggioranza. In caso di parità prevale il giudizio del presidente o, in caso di sua assenza, del vicepresidente che presiede la seduta. 14. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 126, comma 8, del codice, i certificati delle commissioni mediche locali devono essere consegnati agli interessati previa sottoscrizione per ricevuta ed apposizione della data di consegna, ovvero inoltrati per posta con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. 15. Entro il mese di febbraio di ogni anno il presidente della commissione medica locale, invia al Ministero della salute e alla regione competente una dettagliata relazione sul funzionamento dell'organo presieduto, relativa all'anno precedente, indicando il numero e il tipo di visite mediche effettuate nelle diverse sedute e quant'altro ritenuto necessario. I dati più significativi vengono pubblicati nel rapporto annuale previsto dall'articolo 1, comma 4, del codice. 16. Possono essere costituite più commissioni mediche locali con il limite, almeno, di una per ogni cinquecentomila di abitanti nel capoluogo di regione, almeno una per duecentocinquantamila di abitanti nel capoluogo di provincia. Può essere istituita altresì una per ogni centomila abitanti in ogni provincia, esclusi quelli del capoluogo e comunque in numero adeguato ad assicurare criteri di efficienza del servizio e di adeguata presenza sul territorio, in ragione della domanda espressa. L'istituzione di tali commissioni, richiesta, nell'ambito della provincia, dal sindaco del comune di maggiore importanza, è subordinata al parere del Presidente della Commissione medica locale.

	17. Il Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, sentiti il Ministro della Salute e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, determina ogni 5 anni, i diritti dovuti dagli utenti per le operazioni di competenza delle commissioni mediche locali, le quote da destinare per le spese di funzionamento delle stesse, comprese quelle relative all'ufficio di segreteria, nonché le quote per gli emolumenti ed i rimborsi di spese ai componenti delle commissioni medesime. La misura dei diritti dovuti dagli utenti deve essere determinata in modo tale da garantire l'integrale copertura delle spese di funzionamento delle suddette commissioni. Tutto il personale operante presso le Commissioni Mediche Locali opera in regime di attività di servizio, e retribuito in accordo a quanto previsto dall'art. 53 comma 5 del D. Lgs. 165/2001.

All. 4

Titolo	Temi	Durate
Cenni normativi	Gli art. 119 e 103; il Decreto Dirigenziale 31.1.2011 e 19.4.2013	1 ora
La figura del medico certificatore monocratico ex. art. 119	Evoluzione normativa	1 ora
La figura del medico monocratico ex. art. 103	Evoluzione normativa	1 ora
La Commissione Medica Locale ex. art. 330	Composizione, Posizione amministrativa dei medici CML, Il Presidente della CML, Componenti Ausiliari, Rapporti tra Amministrazioni, la circolare 19995 del 20.6.2019	2 ore
Le istanze di revisione, l'invalidità civile, la previdenza INAIL e la causa di servizio		2 ore
Carta Qualificazione Conducente, ADR, KA e KB		1 ora
La certificazione anamnestica del medico curante	Il parere del 5.11.2010	1 ora
Cenni di codice della strada: il gruppo 1 ed il gruppo 2	Il D.L. 9.2.2012 – validità patenti di guida	1 ora
La procedura per la richiesta del codice identificativo e delle credenziali di accesso e della creazione profili		1 ora
L'obbligo di segnalazione di revisione e il permesso provvisorio di guida		1 ora
Requisiti visivi	Oftalmologia	3 ore
Requisiti cardiologici	Cardiologia	3 ore
Diabete mellito	Diabetologia	2 ora
Epilessia	Neurologia	1 ora
Patologie oncologiche	Oncologia	1 ora
Decadimento cognitivo, Parkinson, Sclerosi multipla ed altre patologie neurologiche	Neurologia	2 ore
Aspetti connessi all'assunzione di alcol	Psichiatria	1 ora
Le linee di indirizzo per la gestione del paziente ex. art. 186	Psichiatria	2 ora

La consulenza alcologia e il ruolo del SERD	Psichiatria	1 ora
Sostanze psicotrope, stupefacenti e medicinali	Psichiatria, anestesia	3 ore
Disabilità psichica	Psichiatria	1 ora
OSAS	Pneumologia	2 ore
Patologie renali e trapianti	Nefrologia	1 ora
Le valutazioni psicodiagnostiche e i test psicoattitudinali	Medicina legale e Psicologia	1 ora
Patologie ORL e requisiti uditivi	Otorinolaringoiatria	1 ora
La patente BS	Circolare 3028/M334 del 30.7.2003 e Direttiva 4398/M334 del 6.11.2003; i nuovi codici unionali	2 ore
Esercitazione portale del trasporto		1 ora