



*Ministero della Salute  
Dipartimento Prevenzione e Comunicazione  
Direzione Generale della Prevenzione*

# **CORSO**

## **Idoneità psicofisica per il conseguimento e la conferma di validità patente di guida**

*Roma, 24 maggio  
2011*

# **DIABETE e IDONEITA' alla GUIDA**

*Dr. Rossella Iannarelli  
U.O.D. Diabetologia e Malattie  
Metaboliche P.O. San  
Salvatore – L'Aquila , ASL n. 1- Abruzzo*



**Roma 4 maggio 2006**

**Lirice Guida Ministero Salute**  
**Patente di Guida A,B, BE e**  
**Diabete**



- **Semplificato l'iter di concessione/rinnovo patente di guida A,B,BE ai cittadini con diabete**

**Breve STORIA  
delle DISPOSIZIONI  
LEGISLATIVE  
in tema di  
PATENTI di GUIDA e  
DIABETE**

**CHI FA?.... CHE  
COSA?**



# Progressiva “liberalizzazione” in particolare per insulino-dipendenti e insulino-trattati (1)

Decreto Presidente della Repubblica n.495 del 16.12.1992 (G.U. n. 303 del 28.12.1992):

- Nell'allegato 2, Appendice II (al titolo IV) – Art. 320 : "La patente di guida **non deve** essere rilasciata né confermata ai candidati o conducenti diabetici colpiti da complicanze oculare, nervose o cardiovascolari o da acidosi non compensata, di entità tale da pregiudicare la sicurezza alla guida.....: “
- La patente di guida delle categorie C,D,E **non** deve essere né rilasciata né confermata ai candidati o conducenti diabetici che abbiano bisogno di trattamento con insulina”

D.M. Trasporti 8/8/94 - recepimento della direttiva 91/439 CEE del 29/7/91:

- Nell'allegato III, ai punti 1.1 e 1.2 vengono classificati .... prevedendo altresì al punto 10, **per il gruppo 1**: "La patente di guida **può** essere rilasciata o rinnovata al candidato o conducente colpito da **diabete mellito**, con parere di un medico autorizzato e regolare controllo medico specifico per ogni caso" e
- al punto 10.1 **per il gruppo 2**: "La patente di guida **non** deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente di questo gruppo colpito da **diabete mellito che necessita di trattamento con insulina**, salvo casi eccezionali debitamente giustificati dal parere di un medico autorizzato e con controllo medico regolare".

# Progressiva “liberalizzazione” in particolare per insulino-dipendenti e insulino-trattati (2)

**LINEE GUIDA** per l'applicazione della normativa inerente il rilascio ed il rinnovo della patente di guida a candidati o conducenti **colpiti da diabete** emanate dal **Ministero della Sanità** - Dip. Prevenzione - Uff. VII (N.400.7/L.D.1.6/DM88/94/1939 - **18/12/97**):

**1.1.2** - In pazienti affetti da **diabete in trattamento insulinico e senza complicanze**:

**1.1.2.1** a giudizio della commissione medica locale, che giudica la sicurezza alla guida sulla scorta di un certificato del medico specialista diabetologo curante, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata

**1.1.2.2** la patente Gruppo 1 viene rilasciata **per 5 anni**.

**2.1.2.2** Diabete **in trattamento insulinico, senza complicanze**: La patente Gruppo 2 viene rilasciata **per 2 anni / rinnovata per 2 anni**.

**Circolare del Ministero della Sanità  
sull'applicazione della L. 7/12/1999 N.472 (1)**

**MINISTERO DELLA SANITÀ  
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE -  
UFFICIO VII**

**VIA DELLA SIERRA NEVADA, 60 - 00144 ROMA**

***Roma, 24 gennaio 2001***

- **L'articolo 32 della legge 7 dicembre 1999 n°472** ha apportato modifiche alle procedure per il conseguimento, la revisione o la conferma di validità delle patenti di guida nei confronti dei soggetti affetti da diabete *(riportate dell'articolo 119 del D. L.vo 30 aprile 1992 n°285 – nuovo CdS)*

# L. 7/12/99 N.472 (2)

- In dettaglio, dopo il **comma 2** dell'articolo 119 del D. L.vo 30 aprile 1992 n°285 è stato aggiunto il **comma 2 bis** con il quale si prevede che "l'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie" **venga "effettuato dai medici specialistici dell'unità sanitaria locale, 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"

# L. 7/12/99 N.472 (3)

- Per contro l'articolo 331 del Regolamento lettera B individua i soli medici del comma 2.dell'art.119, disponendo che l'accertamento venga effettuato dai **medici specialistici** che prestano servizio presso **“l'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale”** *(di cui al comma 2 dell'art.119 del nuovo CdS)*

**Delega al Governo per la revisione del nuovo Codice della Strada** (Testo approvato in via definitiva dal Senato della Repubblica l'8 marzo 2001) L. 85/22.03.01



*. . . omissis . . .*

**Art. 3.**

**(Modifica all'articolo 119 del nuovo codice della strada)**

- 1. Al comma 2-bis dell'articolo 119 del nuovo Codice della Strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, introdotto dall'articolo 32 della legge 7 dicembre 1999, n. 472, dopo le parole: «**medici specialisti**» sono inserite le seguenti:  
«nell'area della diabetologia \_\_\_\_\_ e malattie del ricambio».. . .**

# Circolare della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Lombardia, 30 aprile 2001

- **Oggetto:** nuove disposizioni in materia di accertamento dei requisiti psicofisici, nei confronti di soggetti affetti da diabete, per il conseguimento, la conferma o la revisione della patente di guida, categoria A, B, BE e sottocategorie.
- Le disposizioni contenute nella [legge del 22 marzo 2001 n. 85 \(delega al Governo per la revisione del nuovo Codice della Strada\)](#) individuano *all'art. 3 comma 1 i medici specialisti nell'area della diabetologia e malattie del ricambio dell'Unità Sanitaria Locale, quale organo medico monocratico* avente titolo ad effettuare l'accertamento dei requisiti psicofisici nei confronti di soggetti affetti da diabete per le finalità di cui all'oggetto.

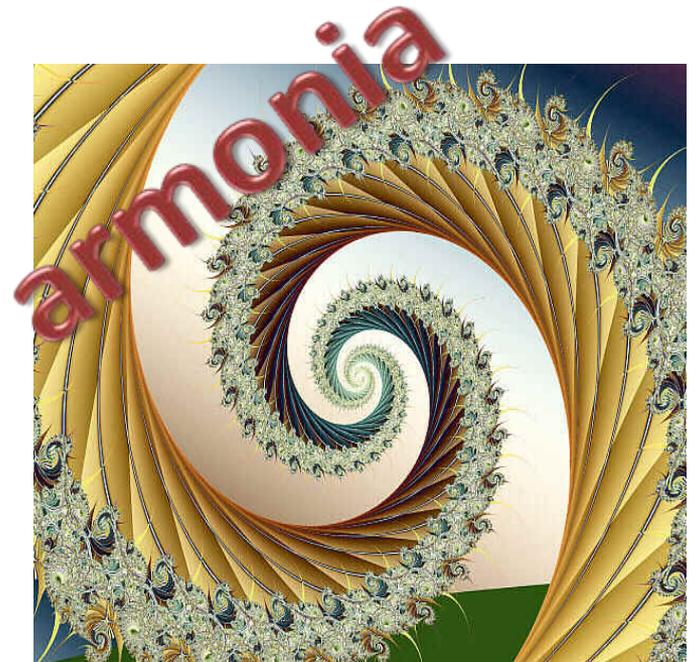


confusione

# Commissione inter-ministeriale + Società Scientifiche 04/05/2006

Tali Linee-Guida, elaborate da un gruppo tecnico costituito da rappresentanti dei Ministeri e di AMD e SID, riunitisi nel periodo febbraio-marzo 2006 presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, nascono dall'esigenza di

- **ridurre i disagi per i pazienti diabetici,**
- **diminuire l'invio alle Commissioni provinciali patenti,**
- **evitare che al diabetologo venga richiesto di diventare medico legale,**
- **ridurre sul territorio nazionale la disomogeneità di modalità di concessione/rinnovo patenti.**



# Le Linee-Guida



# 2006 prevedono

- che il **Diabetologo, consulente obbligato** per il collega (monocratico) dell' "Ufficio dell'Unità Sanitaria Locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico- legale, **stabilisca**, in sua scienza e coscienza, **se il soggetto costituisce o no un pericolo** mentre guida, **indicando la scadenza** entro cui effettuare il successivo rinnovo:
- **nessuna limitazione nella durata di validità della patente per un rischio alla guida giudicato basso,**
- **l'eventuale prescrizione di scadenza anticipata è basata sulla valutazione dell'entità del rischio alla guida posseduta dal soggetto al momento della visita.**

# Dove si rinnova la patente?



Avuto il certificato diabetologico, il conducente/aspirante affetto da diabete, lo presenta all' "Ufficio dell'Unità Sanitaria Locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale"(anche autoscuola), per l'espressione definitiva del giudizio di idoneità alla guida

In Commissione M.L. vanno solo i soggetti con complicanze evolutive tali da rendere "A RISCHIO" la guida, per i quali il diabetologo non indica la durata del rinnovo

L'invio alla Commissione M.L. viene fatto dal medico monocratico con funzioni medico-legale (*di cui al comma 2*) che riceve il certificato specialistico (diabetologico)

# **Se pur con qualche difformità sul territorio nazionale**

- **Salvaguardato il corretto rapporto di fiducia/sincerità tra paziente e diabetologo**
- **Evitati i disservizi (lunghi tempi d'attesa delle Commissioni) e i malumori della gente, con denunce, minacce, ecc**
- **Pazienti contenti per prolungata durata rinnovo se in buon controllo, senza complicanze e senza rilevanti ipoglicemie**
- **Diabetologo liberato dell'incombenza medico-legale che non gli compete, diventando consulente obbligato per il medico con funzioni legali territorialmente competente, cui compete l'espressione definitiva del giudizio di idoneità alla guida.**

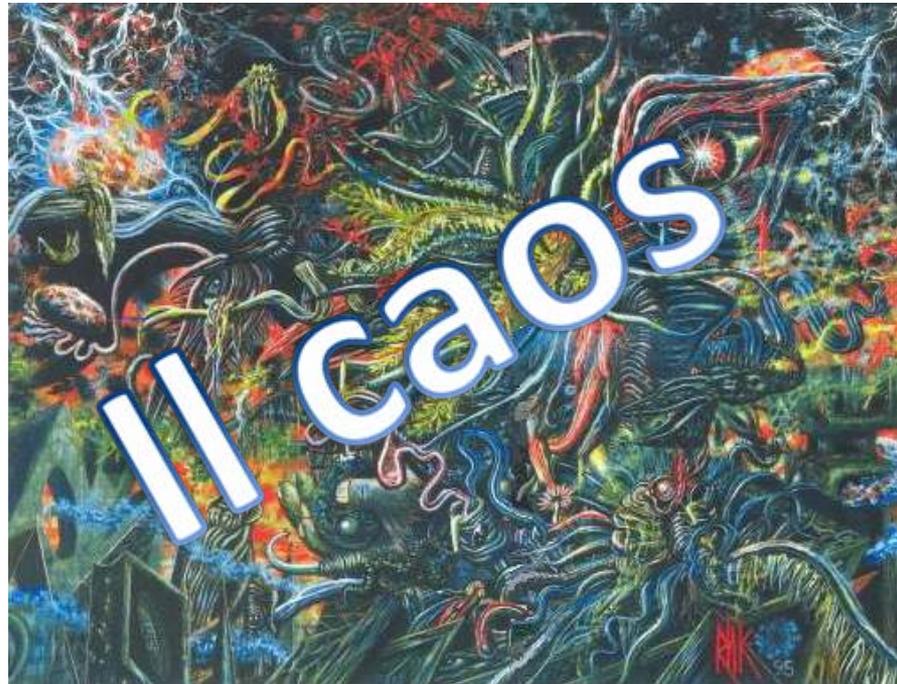
***Roma 30 novembre 2010***

**D.M. - MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI  
TRASPORTI**

**(Gazzetta Ufficiale N. 301 del 27 Dicembre 2010)**

**di recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del  
25.08.09**

**recante modifica della direttiva 91/439/CEE  
del Consiglio concernente la patente di guida**



# Armonizzazione con le Direttive UE

- Necessità di armonizzazione dato che l'esistenza di requisiti difformi da uno Stato membro all'altro può incidere sul principio della libera circolazione,
- **Le menomazioni del campo visivo** (All. 1), il **diabete** (All. 2), e l'**epilessia** (All. 3) sono stati riconosciuti come patologie mediche, in quanto incidono sull'idoneità alla guida, da prendere in considerazione; a tal fine sono stati istituiti **gruppi di lavoro composti di specialisti nominati dagli Stati membri.**

# PROBLEMATICHE

I problemi principali del Decreto 30.11.10 sono essenzialmente:

1. la durata della validità della patente e
2. l'obbligo di segnalazione delle ipoglicemie gravi e ricorrenti e
3. l'obbligo di segnalazione di eventuali modifiche di terapia ipoglicemizzante.

**Per quanto riguarda la durata della validità della patente (Alleg. II)**

- **IN CASO DI TERAPIA CON FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI (SULFANILUREE , GLINIDI , INSULINA)**
- ✓ si abbassa a non più di 5 anni, anche per gli infra50enni, per le patenti A,B,BE e
- ✓ a non più di 3 anni per le patenti C,D,DE
- **IN CASO DI TERAPIA SOLO DIETETICA E/O CON FARMACI CHE GENERALMENTE NON INDUCONO IPOGLICEMIE GRAVI**
- ✓ il limite massimo di durata può essere fissato secondo i normali limiti di legge  
previsti in relazione all'età.

# Focalizzazione delle preoccupazioni delle Associazioni di pazienti

- L'attenzione viene subito focalizzata in negativo sulla riduzione di durata delle patenti A,B, BE a non più di 5 anni per i soggetti in trattamento con insulina o ipoglicemizzanti orali insulino-stimolanti (*che penalizza gli infra50enni in buon controllo senza complicanze*)
- senza prendere affatto in considerazione l'aspetto positivo dell'assenza di limitazioni per i soggetti in trattamento solo dietetico o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi *che abbiano un buon controllo, senza complicanze*



# Allarmismi e reazioni



Un articolo di un'Associazione di pazienti ha riportato che

***“un decreto del governo, in ottemperanza a una direttiva comunitaria, rischia di trasformare la concessione e il rinnovo della patente di guida in un incubo per le persone con diabete”***



*Il decreto (secondo gli scriventi) stabilirebbe che il diabetologo curante è tenuto a comunicare alla Motorizzazione Civile, per l'adozione dei relativi provvedimenti, eventuali crisi di ipoglicemia dei suoi pazienti.*

*Un compito (secondo l'articolo) che spetta al diabetologo curante, ma che farà sì che il diabetico eviterà di comunicare al proprio medico eventuali crisi con il risultato di una terapia farmacologica non idonea al proprio caso clinico.*

*Il decreto (secondo gli scriventi) non solo contravviene alla legge sulla privacy, ma mina il rapporto medico paziente inducendo quest'ultimo a non comunicare gli eventi con serie conseguenze sui livelli assistenziali”.*

**Esito dell'allarmismo: RICORSO a \$ IR**



# RELAZIONE TECNICO-SCIENTIFICA SU CONCESSIONE/RINNOVO PATENTE

**E RISCHIO DI INCIDENTI NEI PAZIENTI DIABETICI**  
**D.M. 30/11/2010 di recepimento della direttiva 2009/112/CE**  
**della Commissione del 25 agosto 2009**  
**recante modifica della direttiva 91/439/CEE**  
**del Consiglio concernente la patente di guida**

**([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))**



- ✓ **Le modalità e le norme che regolamentano il rilascio della idoneità alla guida a persone con diabete da sempre sono state materia di accesa discussione.**
- ✓ **Tale questione assume, infatti, valenze che vanno al di là della *evidence based medicine*, interessando aspetti legislativi, coinvolgendo la sfera emotiva ed arrivando a minare, purtroppo, il rapporto medico-paziente.**
- ✓ **Nel nostro Paese, ma non solo, nuove norme sulla concessione della idoneità alla guida a persone con diabete si sono succedute negli anni molto rapidamente.....**
- ✓ **Le stesse norme, una volta approvate, hanno poi trovato nelle diverse aree del nostro Paese modalità applicative totalmente difformi, creando di fatto una non pari opportunità di accesso alla guida. In altre parole, la stessa persona con diabete poteva vedersi riconoscere un'idoneità alla guida pari a 10 anni, o pari ad 1 solo anno, spostandosi da una provincia all'altra, anche all'interno della stessa regione.**
- ✓ **Tutto questo a testimonianza dell'incertezza, che tutt'oggi non pare risolta, su tale argomento.**

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

- L'introduzione della ultima normativa, che di fatto fa sì che il nostro Paese si allinei a quanto legiferato dall'Unione Europea, non può lasciare indifferente chi oltre ad essere coinvolto quotidianamente nell'assistenza alle persone con diabete, si pone anche come attento e critico osservatore della letteratura internazionale scientifica. *Molto, infatti, di quanto stabilito in tale documento, pare agli occhi di chi scrive, non sostenibile né sulla base della esperienza clinica, né dalla cosiddetta medicina basata sulla evidenza.*
- Esistono pochi dati, nella letteratura scientifica, che dimostrino un'aumentata incidenza di incidenti automobilistici gravi e di decessi o invalidità permanenti derivanti dalla guida di persone con diabete.
- La relazione tra incidenti della strada e ipoglicemie resta controversa.
- Molti studi, alcuni dei quali ormai datati, non hanno rilevato un reale incremento del rischio relativo di incidenti stradali nei soggetti diabetici, anche *insulino-trattati* (Songer 1988; Stevens 1989; MacLeod 1999; McGwin 1999; Laberge-Nadeau 2000; Kennedy 2002; Lonnen 2007); alcuni, addirittura, hanno rilevato una riduzione del rischio in questa popolazione (Ysander 1970; Eadington 1989; Mathiesen 1997), che si ipotizza essere legata a una maggiore prudenza da parte delle persone con diabete proprio per l'accresciuta consapevolezza (derivante da controlli diabetologici regolari e da un'adeguata educazione terapeutica) del problema (Graveling 2004); è peraltro possibile che l'interpretazione di tale dato statistico debba tener conto di un "bias" legato al fatto che le persone diabetiche più a rischio potrebbero avere meno probabilità di guidare (per limiti imposti dalla legge o per autoesclusione dalla guida).

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

- Studi più recenti hanno riscontrato come le ipoglicemie, nei soggetti con diabete di tipo 1, risultino un fattore di rischio d'incidenti o infrazioni del codice della strada, rispetto alla popolazione generale (*Clarke 1999; Cox D Care 2003; Cox D Care 2009*).
- I dati indicherebbero peraltro un aumento significativo del rischio d'incidenti complessivi (con danno ai veicoli), ma molto più dubbio per quelli gravi con rilevanti conseguenze per le persone (*Lonnen 2007*).
- In molti casi, la dimostrazione di una peggiore performance alla guida delle persone con diabete è stata dimostrata attraverso l'utilizzo di modelli sperimentali, quali simulatori di guida: talora, è stato anche documentato come le persone che andavano incontro a ipoglicemia nel corso di questi esperimenti ne sottovalutassero la gravità potenziale, decidendo (se asintomatici) di proseguire la simulazione, invece che “fermare il veicolo“ (*Clarke 1999; Cox 2001*).

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

- Pur non esistendo in proposito studi randomizzati e controllati (*che forniscono, in medicina, il massimo livello di evidenza di una relazione “causa-effetto”*), i dati disponibili evidenziano una differenza sostanziale, **indicando un incremento del rischio di incidenti stradali per le persone con diabete di tipo 1.**
- Del tutto differente è il discorso per il diabete di tipo 2, riguardante la stragrande maggioranza delle persone con diabete; **gli studi condotti fino a ora non hanno documentato, per questi individui, un rischio significativamente aumentato rispetto alla popolazione generale,** anche in caso di terapia insulinica (*Koepsell 1994; McGwin 1999; Cox D Care 2003*).

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

- Occorre anche considerare come negli ultimi anni si siano rese disponibili sulfoniluree con una durata d'azione più breve rispetto a quelle utilizzate in passato (*Harrower 2000*), nonché analoghi insulinici più maneggevoli, con profili farmacocinetici più vantaggiosi e una riduzione del rischio di ipoglicemia rispetto all'insulina umana (*Hermansen 2004; Ashwell 2006*); è pertanto ipotizzabile che se gli studi citati venissero ripetuti ai giorni nostri mostrerebbero con ulteriore forza l'assenza di differenze di rischio di gravi incidenti stradali conseguenti a ipoglicemie, rispetto ai soggetti non diabetici.
- Se le ipoglicemie rappresentano una complicanza piuttosto comune per tutte le persone affette da diabete, se in trattamento con farmaci ipoglicemizzanti (orali o per via iniettiva),
- le ipoglicemie gravi, definibili sulla base della necessità dell'intervento di altre persone, sono decisamente meno frequenti, riguardando soggetti con diabete di tipo 1 con una frequenza circa 10 volte superiore rispetto a quelli con diabete di tipo 2 (*DCCT 1993; Bell 1997*).

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

- In alcune segnalazioni è stata certamente documentata la presenza di ipoglicemia nei momenti  
che hanno preceduto collisioni fatali; spesso, inoltre, l'analisi retrospettiva delle glicemie dei 3 mesi precedenti l'evento, memorizzate sul glucometro con il quale questi soggetti effettuavano il loro automonitoraggio domiciliare, ha rilevato numerosi episodi ipoglicemici, alcuni dei quali gravi (*Cox Diab Care 2010*).
- Questa e altre osservazioni hanno indotto vari esperti a sostenere come, tra le persone con diabete di tipo 1, esista un sottogruppo apparentemente più prono allo sviluppo di ipoglicemie durante la guida, e quindi maggiormente predisposto a restare coinvolto in incidenti; queste persone non risulterebbero individuabili tanto con l'analisi del compenso glicemico complessivo [HbA1c], quanto piuttosto con la valutazione da parte del diabetologo (visiva o con l'ausilio di appositi software) della loro “variabilità glicemica” intra e inter-giornaliera; è possibile che un soggetto diabetico possa presentare livelli normali di HbA1c derivanti dalla media di escursioni glicemiche giornaliere estreme, da valori molto alti a ipoglicemie gravi (*Cox D Care 2000*).

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

- È infatti opinione condivisa che nei soggetti a rischio di ipoglicemia, o che svolgono attività occupazionali in grado di porre loro stessi o terzi in condizioni di pericolo come conseguenza di episodi ipoglicemici, sia corretto “accontentarsi” di obiettivi di compenso del diabete meno aggressivi.
- Altri sottogruppi di individui nei quali è stata registrata un’ aumentata frequenza d’ incidenti automobilistici sono quelli già con precedenti in tal senso (Cox 2010), con target terapeutici per la correzione dell’ iperglicemia troppo ambiziosi (Redelmeier 2009), con episodi ipoglicemici ricorrenti in anamnesi (MacLeod 1993; Mühlauer 1998; ter Braak 2000; Ginde 2008; Cox Diab Care 2009; Redelmeier 2009) o con ipoglicemie asintomatiche (c.d. “hypoglycemia unawareness”), riguardanti per lo più soggetti con diabete di tipo 1 di lunga durata e in compenso mediocre (Gold 1994 e 1995; Frier 2000). Tali sottogruppi costituiscono nel complesso una minoranza, rispetto a tutti i soggetti con diabete.
- Secondo autorevoli esperti, l’ aumento del rischio di incidenti, considerando complessivamente i soggetti insulinotrattati, sarebbe per gran parte (se non interamente) determinato dall’ inclusione nelle valutazioni statistiche di soggetti appartenenti a tali sottogruppi, escludendo i quali si osserverebbe una normalizzazione del rischio rispetto alla popolazione generale (MacLeod 1999).

# Evidenze scientifiche



([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it))

Pur rilevando come i dati attualmente disponibili spingano ad affermare che gli incidenti sono più

frequenti nelle persone con diabete di tipo 1, rispetto a controlli (*Cox Diab Care 2003; Cox Diab*

*Care 2009*), occorre ricordare come sia stato calcolato che tale aumento del rischio corrisponde a

circa la metà di quello associato ad **altre condizioni cliniche**, quali

- ✓ la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (*Cox J Nerv Ment Dis 2000*),
  - ✓ la sindrome delle apnee ostruttive del sonno – OSAS (*Teran-Santos 1999*) o
  - ✓ un'anamnesi positiva per etilismo (*Harwood 1998*),
- per le quali non esiste attualmente una normativa che ne limiti l'autorizzazione alla guida.

Allo stesso modo, non vi sono limitazioni riguardanti soggetti **in terapia con altri farmaci** associati a

un aumento del rischio d'incidenti, quali

- ✓ benzodiazepine,
- ✓ ipnoinducenti,
- ✓ analgesici maggiori o
- ✓ antinfiammatori (*Engeland 2007*).

L'impatto potenziale delle ipoglicemie sulle funzioni cognitive e la reattività di un guidatore diabetico sono fuori discussione, così come è del tutto condivisibile la preoccupazione di limitare il rischio d'incidenti nella popolazione attraverso un più scrupoloso controllo delle condizioni sanitarie degli individui che vogliono ottenere

# Per quanto riguarda la segnalazione delle ipoglicemie gravi o delle modifiche di terapia ipoglicemizzante

nel documento elaborato dal Gruppo Tecnico di Lavoro *costituito presso il Ministero della Salute con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009 al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie* e trasmesso l'8 ottobre, era previsto che le segnalazioni fossero a carico del "candidato/conducente con diabete":

non essendo indicato nel DM 30.11.2010 chi debba fare le segnalazioni, per una maggiore tranquillità del diabetologo, è stato previsto da parte del Ministero della Salute *un modulo, con i riferimenti normativi, che il diabetologo consegnerà al paziente insieme al certificato diabetologico, con l'invito a segnalare quanto previsto dal Decreto.*

Contestualmente è stato previsto *un modello di certificato diabetologico per patenti gruppo 1* (per inviare il candidato/conducente al medico monocratico con funzioni medico-legali) e *un modello per patenti gruppo 2* (per "accompagnare" il candidato/conducente in Commissione Medico Legale), **corredati di legenda esplicativa**

# Modulo da consegnare al conducente diabetico per eventuali segnalazioni

## AVVERTENZA

(Da consegnare all'atto del ritiro dell'attestazione diabetologica)

Si avverte l'interessato che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida, utilizzando il facsimile allegato.

Alla MTC Provinciale

di .....

Il sottoscritto.....

Patente tipo .....n°.....

In ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida

Comunica che

Ha manifestato crisi ipoglicemiche gravi nelle ore di veglia

Assume farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi

Data

firma

# Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

___/___/___	data
Si attesta che il/la Sig/Sig.ra _____ nato/a _____ il ___/___/___ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo ___ dal ___	
<b>TERAPIA</b> attuale: nutrizionale      ipoglicemizzanti orali      insulina      ipoglicemizzanti orali + insulina che possono indurre ipoglicemie gravi che non inducono ipoglicemie gravi	
<b>CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI</b> - Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi)      SÌ      NO	
<b>COMPLICANZE:</b> Non presenta complicanze Presenta le seguenti complicanze: Retinopatia      non proliferante      proliferante      edema maculare Neuropatia      autonoma      sensitivo- motoria      uso di farmaci specifici Nefropatia      microalbumin.      macroalbumin.      I.R.C. Complicanze cardiovascolari:      TIA/ICTUS      Cardiopatia ischemica Angiopatia arti inferiori clinicamente severa Altro _____	
<b>Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO</b> , riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida ADEGUATO      NON ADEGUATO      Ultimo valore HbA1c _____	
<b>Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie</b> Buono      Accettabile      Scarso	
<b>Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA</b> <i>limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate</i> <u>BASSO</u> si propone il rinnovo 10 anni (conducente di età < 50 anni) 5 anni (conducente di età > 50 e < 70 anni) 3 anni (conducente di età > 70 anni) <u>MEDIO</u> si propone il rinnovo 5 anni (conducente di età < 50 anni) 3 anni (conducente di età > 50 e < 70 anni) 1 anno (conducente di età > 70 anni) <u>ELEVATO</u>	
Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione Medico Specialista	Firma del

(Diabetologo/Endocrinologo)

# Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico per la COMMISSIONE M.L

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si attesta che il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo \_\_\_ dal \_\_\_

**TERAPIA** attuale:

nutrizionale      ipoglicemizzanti orali      insulina      ipoglicemizzanti orali + insulina  
che possono indurre ipoglicemie gravi  
che non inducono ipoglicemie gravi

**CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI**

Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e  
ricorrenti (almeno 2 episodi)      SI'      NO

**COMPLICANZE:**

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

Retinopatia	non proliferante	proliferante	edema maculare
Neuropatia	autonomica	sensitivo- motoria	uso di farmaci specifici
Nefropatia	microalbumin.	macroalbumin.	I.R.C.
Complicanze cardiovascolari:		TIA/ICTUS	Cardiopatia ischemica
		Angiopatia arti inferiori	cl clinicamente severa

Altro \_\_\_\_\_

**Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO**, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

ADEGUATO      NON ADEGUATO      Ultimo valore HbA1c \_\_\_\_\_

**Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie**

Buono      Accettabile      Scarso

L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia?      SI'  
NO

L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura?      SI'  
NO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione  
Medico Specialista

Firma del

(Diabetologo/Endocrinologo)



**Grazie per l'attenzione**

