

# PROTOCOLLI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

## MALATTIE dell'APPARATO CARDIO-VASCOLARE

### L'IMPORTANZA DEL PROBLEMA DEL CARDIOPATICO ALLA GUIDA

La letteratura internazionale fornisce indicazioni secondo le quali la maggior parte di coloro che sono colpiti da un improvviso ed anche fatale attacco cardiaco ischemico hanno un tempo di preavviso, per la sintomatologia che insorge, sufficiente a rallentare la corsa dell'autoveicolo e finanche di fermarsi cosicché in meno della metà dei casi si verificano danni e lesioni. Tuttavia ci sono situazioni in cui l'attacco non è preceduto da nessun segno o sintomo oppure altri casi in cui i segni non vengono colti dal paziente, sono malinterpretati o sono del tutto ignorati. In tutti questi casi si possono avere incidenti, anche gravi, con lesioni del conducente e degli altri utenti della strada o morti.

Situazioni collassiali dovute a patologia ischemica cardiaca (letali o no) danno conto di circa il 15% degli incidenti causati da malori alla guida e rappresentano circa uno su mille casi di incidenti della strada. Si tratta di dati che pur nella loro non elevata numerosità appaiono comunque preoccupanti se si pensa che potrebbero essere evitati con opportuna opera di prevenzione

### PRINCIPI GENERALI DELLA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ

1. Benché i trattamenti medici e chirurgici della malattia ischemica cardiaca abbiano portato ad una riduzione dei sintomi e abbiano migliorato l'aspettativa di vita dei pazienti, l'arteriosclerosi coronarica rimane un processo patologico progressivo e il rischio di attacchi improvvisi di cuore, collassi e perdita improvvisa di coscienza è sempre maggiore nella popolazione affetta. Quando si deve valutare un paziente con una malattia cardiovascolare si devono prendere in considerazione tutti i segni e i sintomi di severità tale da poter comportare rischi per una guida sicura.

2. L'esame clinico potrà trovare pazienti con una forma cardiaca stabilizzata. Questo gruppo di popolazione è certamente a maggior rischio rispetto alla popolazione sana: in questi casi è indicato un test da sforzo per un migliore inquadramento della forma clinica.

**3.** Sospetto di coronaropatia. Quando si rileva all'anamnesi un dolore toracico di incerta origine, deve essere fatto tutto per pervenire ad una diagnosi definitiva dell'origine del dolore toracico e si deve consigliare il paziente di limitare o, addirittura, abolire, la guida di autoveicoli fino a quando non sarà possibile accertare la sua condizione anche rispetto all'idoneità alla guida. Ciò è particolarmente importante per le patenti superiori. Se gli esami sono positivi o i sintomi permangono con la necessità di ricorrere a farmaci antianginosi, si deve considerare che, ai fini della guida, il paziente sia portatore di angina.

**4.** La chirurgia cardiaca può essere praticata in numerose patologie tra le quali la stenosi delle coronarie, mixomi, protesi delle valvole, etc. In alcuni casi a seguito dell'intervento, dopo un opportuno periodo di osservazione, si raggiunge un completo benessere clinico del paziente, ma nella maggior parte dei casi le condizioni non si possono considerare definitivamente stabilizzate e quindi le conseguenze sull'idoneità alla guida devono essere rivalutate periodicamente in relazione alle specifiche condizioni di ogni paziente.

**5.** Una terapia anticoagulante può essere usata in caso di alterazioni del ritmo cardiaco, dopo chirurgia valvolare, in caso di trombosi venosa profonda o quando sia necessario diminuire il rischio, di qualsiasi origine di embolie. In queste condizioni in alcuni casi, sotto stretto controllo medico, è possibile avere l'idoneità alla guida.

**6.** Effetti della guida sull'attività cardiaca. Un ulteriore problema per chi ha già sofferto di patologia cardiaca deriva dal fatto che la guida comporta alterazioni del battito cardiaco e della pressione arteriosa a causa di eccitazioni emotive e neuro-sensoriali. Molti conducenti inoltre, specialmente i titolari di patenti superiori, sopportano lavori pesanti, quando caricano o scaricano i mezzi, o devono cambiare una ruota o mettere le catene da neve o procedono a piccole riparazioni. Tutte queste condizioni possono determinare attacchi anginosi e infarto.

**7.** Fattori di rischio. Nella popolazione esistono molti, ben noti, fattori di rischio: età sesso, familiarità per cardiopatie ischemiche e morte improvvisa, pressione elevata (specialmente se non ben controllata), iperlipemia, diabete, vita sedentaria, abusi alcolici ed alimentari, fumo. Anche se la sola presenza di tali fattori di rischio non comporta di necessità che il soggetto si ammali, l'esistenza contemporanea di diversi di essi, consigliano che tali fattori di rischio siano ben valutati, attraverso opportuni esami specialistici e di laboratorio, anche ai fini dell'idoneità.

**8.** Comorbidità. La presenza di alcune condizioni patologiche a carico di altri apparati (es. diabete, ipertensione, nefropatie etc.) rende necessario accertare la gravità di tutte le patologie ai fini dell'idoneità alla guida, tenuto conto del fatto che in alcuni casi alcune alterazioni coesistenti (fatti ischemici cerebrali) possono peggiorare la gravità di episodi cardiaci acuti o facilitarne l'insorgenza.

# PERIODI DI ASTENSIONE DALLA GUIDA DOPO EVENTI ACUTI O PROCEDURE

EVENTO ACUTO O PROCEDURA	PERIODO <u>MINIMO</u> DI ASTENSIONE DALLA GUIDA PATENTI AB	PERIODO <u>MINIMO</u> DI ASTENSIONE DALLA GUIDA PATENTI CDE
MIA	2 SETTIMANE	3 MESI
ANGIOPLASTICA	2 GIORNI	2 - 4 SETTIMANE
BYPASS	4 SETTIMANE	3 MESI
ARRESTO CARDIACO	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA
SINCOPE	1 MESE	3 MESI
IMPIANTO ICD	6 MESI DOPO IMPIANTO O ARRESTO CARDIACO	MAI
IMPIANTO PM	1 SETTIMANA	1 MESE
CORREZIONE ANEURISMI	4 SETTIMANE	3 MESI
TROMBOSI VENOSA PROFONDA	2 SETTIMANE	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA
EMBOLIA POLMONARE	4 SETTIMANE	SE E QUANDO DECISO DALLO SPECIALISTA
TRAPIANTO CUORE O CUORE/POLMONE	6 SETTIMANE	3 MESI

# MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-VASCOLARE

Nei soggetti portatori di patologie cardiache, per semplificare, è possibile prevedere, a mio parere, due tipi di rischio:

1. quello connesso ad un fatto acuto e
2. quello connesso ad una patologia cronica.

Per tutti i *fatti acuti* è consigliabile un periodo di astensione dalla guida non inferiore ai 30 giorni, prescindendo dal fatto che esso sia in rapporto con un evento patologico (IMA, angi-na, scompenso acuto, sincope cardiogena, ecc...), o con un intervento terapeutico (by-pass, PTCA, posizionamento di pace-maker, ecc...). La tabella presentata a Genova prevede invece periodi molto diversificati che vanno da 2 giorni a 3 mesi a seconda della patologia di base: ciò può generare incertezze ed errori se consideriamo che si tratta sempre di patologie complesse e, per certi versi, imprevedibili nella loro evoluzione. L'esecuzione dell'angioplastica ad esempio prevederebbe secondo il protocollo presentato a Genova un periodo minimo di astensione dalla guida di 2 giorni, senza considerare le variabili connesse alla patologia di base, che sono frequentemente presenti

(aterosclerosi plurivasale, pregressi IMA, ipertensione, ansia, ecc...). Pertanto appare più utile, nell'attesa che il quadro patologico si stabilizzi, indicare in trenta giorni il periodo minimo di astensione dalla guida dopo ogni evento acuto.

Tale indicazione non rientra attualmente tra i provvedimenti erogabili dalle CML ma può essere benissimo suggerita al paziente dal medico curante o dallo specialista che ha effettuato l'intervento, nell'attesa che essa sia resa obbligatoria ex lege. Periodi di astensione più prolungati possono essere previsti in rapporto ad eventi patologici più gravi o ad interventi di una certa complessità (trapianto di cuore, impianto di ICD, ecc...): in questo caso il periodo di astensione dalla guida sarebbe reso obbligatorio dalle CML alle quali i pazienti potrebbero accedere spontaneamente o su segnalazione fatta dai clinici alle Autorità competenti (Prefetto, Motorizzazione, Servizio di Medicina Legale).

In caso di *patologie croniche* le tabelle presentate a Genova prevedevano una dettagliata disamina dei casi clinici che si possono presentare, ma mi sembra di poter cogliere almeno tre punti degni di considerazione:

l'idoneità in caso di ipertensione arteriosa può arrivare a tre anni per le pazienti inferiori e ai 2 anni per quelle superiori, la stessa valutazione viene però fatta in caso di IMA, situazione in cui il *rischio* è da ritenersi sicuramente maggiore;

per l'erogazione del giudizio di idoneità è prevista l'esecuzione di esami clinici pericolosi (test da sforzo, scintigrafia): la loro esecuzione non può essere pertanto resa obbligatoria dalla CML che deve valutare il caso, dagli elementi messi a disposizione dallo specialista cardiologo;

in ambito cardiologico ci si trova sempre di fronte a situazioni in cui il rischio ischemico e quello aritmogeno sono connaturati al compenso dell'organo e difficilmente si può estrapolare l'uno senza tenere conto degli altri.

Malattia	ESAMI DA RICHIEDERE	PATENTE AB	PATENTE CDE	NOTE
<p><b>Ipertensione Arteriosa Essenziale</b></p>	<p>Visita cardiologia +ECG.            Se CDE sempre Holter pressorio.            Valutare con particolare attenzione l'eventuale concomitanza di diabete o altre patologie che possano influire sull'idoneità alla guida.</p>	<p>Se ben controllata IDONEO fino a 3 anni fino a 60 anni.            Se PAO intorno a 180/100 sempre Holter pressorio, se maggiore non idoneo fino al miglior compenso terapeutico.</p>	<p>Sempre Holter pressorio.            Se ben controllata IDONEO fino a 2 anni fino a 50 anni, 1 anno successivamente.            Se PAO maggiore 180/100 non idoneo fino al miglior compenso terapeutico. In caso di concomitante diabete la PAO minima media non deve superare i 95 mm Hg e non deve essere presente alcuna complicanza diabetica.</p>	

<p><b>Ipertensione labile</b></p>	<p>Visita Cardiologia + ECG. Valutare con particolare attenzione l'eventuale concomitanza di diabete o altre patologie che possano influire sull'idoneità alla guida.</p>	<p>Fino a 3 anni tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa abolizione del fumo e dieta).</p>	<p>Sempre Holter pressorio. Se ben controllata IDONEO fino a 2 anni fino a 50 anni, 1 anno successivamente. Se PAO maggiore 180/100 non idoneo fino al miglior compenso terapeutico. In caso di concomitante diabete la PAO minima media non deve superare i 95 mm Hg e non deve essere presente alcuna complicanza diabetica. NON IDONEO se non rispetta le indicazioni terapeutiche</p>	
<p><b>Sincope neurogena (vaso-vagale, seno carotideo, ipotensione ortostatica)</b></p>	<p>vd. Capitoli sull'apparato del sistema nervoso centrale. Opportuno tilt test.</p>			

<p><b>Sincope cardiaca (aritmia, IMA, stenosi aortica, mixoma atriale, trombo a palla, tromboembolia polmonare)</b></p>	<p>Opportuno valutare le cause della sincope.</p>			
<p><b>Aneurismi aortici</b></p>	<p>Visita cardiologia + ECG Sempre misurazione delle dimensioni con Ecocardiogramma o ecografia addominale, a seconda della sede, o TAC</p>	<p>In caso di aneurisma toracico se diametro &gt; 5 cm non idoneo, se addominale se &gt; 4.5 cm non idoneo. Se inferiore idoneo massimo 1 anno</p>	<p>In caso di aneurisma toracico se diametro &gt; 4.5 cm non idoneo, se addominale se &gt; 4 cm non idoneo. Se inferiore idoneo massimo 1 anno.</p>	
<p><b>Arteriopatie Periferiche</b></p>	<p>Sempre visita cardiologica più ECG, Doppler arterioso arti inferiori, Doppler tronchi sovraortici. Test provocativo di ischemia coronaria.</p>	<p>Dipende dalla condizione cardiologica. Idoneo fino a 5 anni fino al compimento di 50 anni, poi 3 anni fino a 70 anni, poi 1 anno.</p>	<p>Dipende dalla condizione cardiologica, sempre ecostress o miocardioscintigrafia da stress. Idoneo 3 anni fino a 50 anni, poi 2 anni fino a 60 anni, poi 1 anno.</p>	

## IMA e sindromi Coronariche acute

Visita cardiologia + ECG. sempre Holter e un test da sforzo (o sue alternative), ecocardiogramma. All'inizio esaminare cartella completa ricovero (dipende da sintomatologia).

IDONEO solo I - II classe NYHA; III° classe valutazione caso per caso e comunque eventualmente idoneità solo per periodi brevi. Fermo per almeno due settimane dopo l'episodio acuto. In condizioni di perfetto compenso, asintomatico e senza aggiuntive condizioni di rischio, dopo un'osservazione più ravvicinata di 2 anni, si può dare idoneità fino a un massimo di 3 anni fino a 60 anni, poi ogni 2 anni. La prima volta dopo l'episodio acuto si presenti anche con ECG secondo HOLTER, e test da sforzo (o scintigrafia o ecografia da stress).

IDONEO solo I-II° classe NYHA. Fermo per almeno tre mesi dopo episodio acuto di qualsiasi tipo. In assenza di altri fattori di rischio, dopo il periodo iniziale di osservazione, con storia clinica di pochi sintomi e in condizioni ottimali IDONEO fino a due anni fino all'età di 60 anni. Dopo tre mesi test da sforzo (farmacologico o fisico) valido (ECG, ECO o Scintigrafico) e FE > 40%. Ripetere tutti gli esami dopo 1 anno e dopo 2 anni: se negativi si può dare ogni due anni.

**Test da sforzo fisico valido** = eseguito per più di 9 minuti se maschio o 6 minuti se Femmina e senza slivellamento ST > 2 mm) a 4 METS.  
**Scintigrafia cardiaca** = assenza di ampi difetti di captazione scintigrafica e di difetti reversibili e irreversibili. (Un piccolo IMA pregresso non influenza la prognosi).

<b>Angina spontanea</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Angina mista</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Angina da sforzo o secondaria pura</b>		IDONEO solo I - II classe CCS, solo pazienti AB	NON IDONEO	
<b>Angina instabile</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	

<p><b>Scompenso cardiaco</b></p>	<p>Visita cardiologia + ECG. Ecocardiogramma Esami funzionalità renale.</p>	<p>Idoneo solo I - II classe NYHA. IDONEO III° classe NYHA con FE &gt; 35%, IDONEO fino a un anno fino a 70 anni, poi eventualmente al massimo 6 mesi</p>	<p>IDONEO per 1 anno solo I e II cl. NYHA se FE &gt; 40% + verifica causa di scompenso: solo fino a 50 anni</p>	
<p><b>Extrasistoli ventricolari</b></p>	<p>Visita cardiologia + ECG. Altri accertamenti a seconda delle cause. Esami ematochimici (calcio, potassio e digitale). Test da sforzo. Ecocardiogramma. ECG secondo HOLTER</p>	<p>Se fenomeno episodico con ecocardiogramma e test da sforzo negativo IDONEO.</p>	<p>Se fenomeno episodico con ecocardiogramma e test da sforzo negativo IDONEO.</p>	

<p><b>Wpw</b></p>	<p>IDONEO solo dopo ablazione chirurgica. Fare ECG secondo HOLTER. Fare studio elettrofisiologico transesofageo: classificazione in alto rischio: non idoneo; se basso rischio: idoneo solo AB fino a 3 anni.</p>	<p>Idoneo solo se basso rischio con rinnovi fino a 3 anni. Se ad alto rischio idoneo solo dopo ablazione chirurgica fino ad un massimo di 2 anni.</p>	<p>Dopo ablazione idoneo CDE fino a 2 anni.</p>	
<p><b>Tachicardia atriale parossistica e tachicardia parossistica sopraventricolare</b></p>	<p>Visita cardiologica + ECG, ECG secondo Holter, studio elettrofisiologico transesofageo.</p>	<p>IDONEO dopo cardioversione. Attesa almeno 1 settimana dopo stabilizzazione. Idoneo fino a 5 anni.</p>	<p>IDONEO dopo cardioversione e se frequenza cardiaca in tachicardia inferiore a 140/minuto (è il livello a cui si fa ablazione). Idoneo fino a 3 anni.</p>	

<p><b>Flutter atriale</b></p>	<p>Visita cardiologica + ECG, ECG secondo Holter, studio elettrofisiologico transesofageo.</p>	<p>IDONEO dopo cardioversione. Attesa almeno 1 settimana dopo stabilizzazione. Idoneo fino a 2 anni, poi fino a 3 se persistenza di flutter con frequenza inferiore a 120/minuto. Idoneo fino a 2 anni, poi fino a 3 anni.</p>	<p>Attesa almeno 1 mese dopo stabilizzazione. Idoneo fino a 1 anno, poi fino a due anni se persistenza di flutter con frequenza inferiore a 100/minuto. Idoneo fino a 1 anno, poi fino a 2 anni.</p>	
<p><b>Fibrillazione atriale</b></p>	<p>Visita cardiologia + ECG. Tener conto di patologie collaterali che possono essere causa (es. Tiroide).</p>	<p>IDONEO se frequenza ventricolare inferiore a 120/minuto.</p>	<p>IDONEO se frequenza ventricolare inferiore a 100/minuto.</p>	

<b>Tachicardia ventricolare, Torsione di punta, fibrillazione ventricolare</b>		<b>NON IDONEO</b>	<b>NON IDONEO</b>	
<b>Disfunzione del nodo del seno</b>		<b>NON IDONEO fino alla correzione</b>	<b>NON IDONEO fino alla correzione</b>	
<b>Blocco atrioventricolare di I grado</b>		<b>IDONEO</b>	<b>IDONEO</b>	

<p><b>Blocco atrioventricolare di II grado</b></p>		<p>Tipo Mobitz 1 (Fenomeno di Luciani Wencheback): IDONEO</p> <p>Tipo Mobitz 2: NON IDONEO fino alla correzione</p>	<p>Tipo Mobitz 1: IDONEO</p> <p>Tipo Mobitz 2: NON IDONEO fino alla correzione</p>	
<p><b>Blocco atrioventricolare di tipo 3</b></p>		<p>NON IDONEO fino alla correzione</p>	<p>NON IDONEO fino alla correzione.</p>	

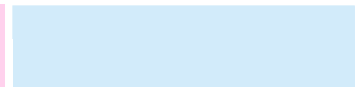
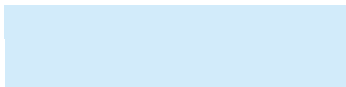
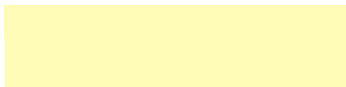
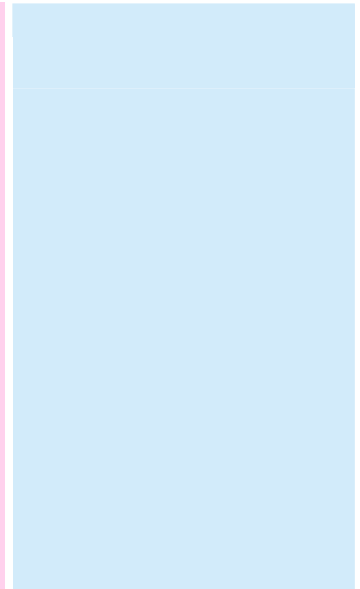
<p><b>Blocchi di branca Destra e sinistra (antero-superiore e postero-inferiore) il primo determina emblocco anteriore sinistro e il secondo emblocco posteriore sinistro</b></p>	<p>Se durante IMA insorge blocco di branca va messo pace-maker e quindi IDONEO solo dopo impianto PM. Visita cardiologica con ECG. Fare ecocardiogramm a per scoprire cause aritmia. Idoneo solo dopo aver identificato causa.</p>	<p>Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica</p>	<p>Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica</p>	
<p><b>Blocco bifascicolato (branca dx + 1 gruppo di sinistra)</b></p>	<p>Visita cardiologica con ECG. Fare ecocardiogramm a per scoprire cause aritmia. Idoneo solo dopo averle identificate.</p>	<p>Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica</p>	<p>Tempi di rinnovo a seconda della consulenza cardiologica</p>	

<p><b>Blocco trifascicolato (branca dx + emiblocco sn + aumento di conduzione atrio-ventricolare)</b></p>		<p>NON IDONEO fino alla correzione</p>	<p>NON IDONEO fino alla correzione</p>	
<p><b>Miocardipatia dilatativa Idiopatica</b></p>	<p>Visita cardiologia + ECG. Fare Holter + ecocardiogramma.</p>	<p>Idoneo se FE &gt; 35% fino a 3 anni fino a 60 anni, poi fino ad un massimo di 2 anni.</p>	<p>Idoneo se FE &gt; 40%, fino ad 1 anno. Sempre ECG secondo Holter.</p>	<p>Possibilità di trombi in cavità, possibilità di aritmie e blocchi di branca. Esito in trapianto.</p>

<p><b>Miocardiotopia dilatativa alcolica</b></p>		<p>Idoneo se FE &gt; 35% fino a 3 anni fino a 60 anni, poi fino ad un massimo di 2 anni, a condizione che vi sia stata astensione dal potus.</p>	<p>Idoneo se FE &gt; 40%, fino ad 1 anno. Sempre ECG secondo Holter.</p>	
<p><b>Malattie neuromuscolari Distrofia mm. tipo Duchenne, miotonica, segmentali</b></p>	<p>Vd. Capitolo sulle malattie neurologiche.</p>			<p>Possibilità di fare Holter.</p>

**Miocardipatie  
secondarie a  
connettiviti  
(glicogenosi,  
mucopolisaccari  
dosi, les,  
poliarterite  
nodosa, AR,  
sclerosi  
sistemica  
progressiva)**

Vd. Capitolo sulle  
malattie  
neurologiche e  
immunologiche.



## Miocardipatia ipertrofica

Sempre visita cardiologica con ECG. ECG secondo Holter, ecocardiogramma e test da sforzo. Si possono verificare lipotimie o sincopi da sforzo. Anche fibrillazione atriale e altre aritmie. FE > normale (70-90%). Possibilità di morte improvvisa. NON IDONEO se spessore del setto > 1,5 cm/m<sup>2</sup> (circa 3 cm nel soggetto medio)

Se ad alto rischio IDONEO per un periodo massimo di 6 mesi. Se a basso rischio idoneo inizialmente fino a 2 anni, poi 3 anni se stabilizzato.

Se ad alto rischio NON IDONEO. Se a basso rischio idoneo fino ad 1 anno.

Se classificato ad ALTO RISCHIO (familiarità per morte improvvisa, setto interventricolare > 30 mm, TV insorta durante test ergometrico o Holter, diminuzione di PAO durante test ergometrico (ogni calo durante lo sforzo) NON IDONEO. Per stabilire la fascia basta un solo elemento.

<b>Sindrome di pickwick</b>		NON IDONEO	NON IDONEO	
<b>Tromboembolia polmonare</b>	Dipende dalle cause. Visita cardiologica o neurologica (se ictus non emorragico). Rimando alle specifiche patologie che l'hanno causata.			

**Cardiopatie  
congenite  
dell'adulto**

**Non cianogene  
con flusso  
polmonare  
aumentato:  
botallo pervio,  
DIV e DIA**

**Non cianogene  
con flusso  
polmonare  
normale:  
stenosi  
polmonare-  
aortica,  
coartazione  
aortica**

**Cianogene con  
flusso  
polmonare  
diminuito: fallot**

**Cianogene con  
flusso  
polmonare  
aumentato:  
fistola AV  
polmonare,  
trasposizione  
grossi vasi**

Soggetti con difetti congeniti minori (incluse stenosi non gravi della polmonare, piccoli difetti interventricolari o interatriali, valvola aortica bicuspidata senza stenosi, coartazione non grave dell'aorta senza aneurisma aortico) **possono guidare** sotto controllo periodico in assenza di alterazioni ECG, aritmie, sintomi diversi, ipertensione grave o altre condizioni che rendano impossibile l'idoneità alla guida. In questi casi minori revisione fino a due anni **SEMPRE** con ecocardiogramma.

Idoneità dipendente dalla valutazione clinica e dopo opportuni esami e valutazioni degli specialisti.

In caso di correzione chirurgica del difetto, dopo **quattro settimane** dall'intervento chirurgico si può riprendere la guida se non c'è alcun segno clinico di malattia, assenza di significative alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave. Revisione dopo sei mesi, un anno e poi biennale

In caso di correzione chirurgica del difetto, dopo **tre mesi** dall'intervento chirurgico si può riprendere la guida se non c'è alcun segno clinico di malattia, e in assenza di:  
- significative alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave.  
- di altre concomitanti condizioni cliniche  
- FE < 40%  
- evidenza di ischemia miocardica a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia.  
Revisione dopo sei mesi e poi annuale.

Botallo: possibilità di scompenso cardiaco fare ecocardiogramma (per flusso e scompenso), dilatazione arteria polmonare e endocarditi. DIA (tipo ostium secundum (dove c'è forame ovale) con diametro 2 cm, possibilità di aritmie ipercinetiche sopraventricolari e scompenso cardiaco. dia tipo ostium primum (sul piano atrioventricolare) se si associa a DIV e canale AV comune con possibilità di aritmie. DIV da pochi mm ad alcuni cm quadrati. possibilità di ipertensione polmonare. Fallot: ecocardiogramma per ipertensione ventricolo dx. Anomalia di Ebstein: fare ecocardiogramma e Holter per aritmie ipercinetiche

## Vizi valvolari

Fare sempre ecocardiogramma.

Può guidare se si tratta di un vizio valvolare di scarso significato clinico senza alterazioni emodinamiche significative. In caso di alterazioni cliniche con dispnea, dolore toracico, aritmia, vertigini, storia di fatti embolici: NON IDONEO. IDONEO 4 settimane dopo l'intervento chirurgico, se: nessun segno clinico di malattia valvolare, assenza di alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave. Idoneo per 1 anno, poi fino a 3 anni. Solo fino a 1 anno nei soggetti ultra ottantenni.

Può guidare se si tratta di un vizio valvolare di scarso significato clinico senza alterazioni emodinamiche significative. In caso di alterazioni cliniche con dispnea, dolore toracico, aritmia, vertigini, storia di fatti embolici: NON IDONEO. IDONEO 3 mesi dopo l'intervento chirurgico, se: nessun segno clinico di malattia valvolare, assenza di alterazioni elettrocardiografiche, sintomi, aritmie, scompenso, scarso controllo della coagulazione se in terapia anticoagulante, ipertensione grave. Idoneo per 1 anno, poi fino a 2 anni.

## Trapianto cardiaco

Visita cardiologia + relazione del chirurgo che ha eseguito l'intervento.  
Sempre test da sforzo o equivalenti.

Almeno 6 settimane di non idoneità.  
Dopo IDONEO per un anno, poi fino a due anni se:  
assenza di sintomi  
-risposta normale al terzo grado del protocollo di Bruce o equivalenti  
-assenza di scompenso cardiaco e sufficiente funzione ventricolare (FE > 35%)  
-assenza di effetti collaterali del trattamento farmacologico che possono avere influenza sulla guida

Almeno 3 mesi di non idoneità.  
Dopo IDONEO per 6 mesi e successivamente fino a 1 anno se:  
-assenza di sintomi  
-risposta normale al terzo grado del protocollo di Bruce o equivalenti  
-assenza di scompenso cardiaco e sufficiente funzione ventricolare (FE > 40%)  
-assenza di effetti collaterali del trattamento farmacologico che possono avere influenza sulla guida

## BY PASS

Relazione del chirurgo che ha eseguito l'intervento. Test da stress e coronarografia all'occorrenza (specialmente in caso di pazienti superiori).

Almeno 4 settimane di non idoneità.

Dopo idoneo:  
-in assenza di sintomi (angina, dispnea, aritmie, etc.)

-in assenza di alterazioni significative elettrocardiografiche,  
-assenza di disturbi muscolo-scheletrici post-chirurgici,  
assenza di altre concomitanti condizioni.

Ripetere tutti gli esami dopo 1 anno e dopo 2 anni: se negativi si può dare periodicità fino ad un massimo di 2 anni.

Almeno 3 mesi di non idoneità.

Dopo idoneo:

-in assenza di sintomi (angina, dispnea, aritmie, etc.)

-assenza di altre concomitanti condizioni.

- se non c'è evidenza di ischemia miocardica a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia.

Revisione annuale, poi fino a due anni.

## ANGIOPLASTIC

A

Relazione del cardiologo che ha eseguito l'intervento. Test da stress e coronarografia all'occorrenza (specialmente in caso di patenti superiori). Fare test da sforzo dopo 6 mesi.

Non idoneo per due giorni. Dopo può guidare se non si è verificato in episodio infartuale, prima durante o dopo la procedura, o altre complicazioni e se si hanno i segni di una buona rivascolarizzazione e, anche in relazione alle condizioni che hanno portato all'intervento. Ripetere tutti gli esami dopo 1 anno e dopo 2 anni, poi con periodicità biennale.

Non idoneo per 4 settimane. Dopo può guidare se non si è verificato in episodio infartuale, prima durante o dopo la procedura, e se si è avuta una buona rivascolarizzazione e non c'è evidenza di ischemia miocardica a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia. Revisione dopo 6 mesi e poi annuale.

**Test da sforzo fisico valido** = eseguito per più di 9 minuti se maschio o 6 minuti se Femmina e senza slivellamento ST > 2 mm)  
**Scintigrafia cardiaca** = assenza di ampi difetti di captazione scintigrafica.

## PACE MAKER

accertamenti diversi in dipendenza dalla causa dell'impianto. Sempre controllo del funzionamento del PM.

NON IDONEO per due settimane dopo l'impianto. Idoneo a condizione di una risposta normale a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia. Revisione fino a due anni

NON IDONEO per un mese dopo l'impianto. Idoneo a condizione di una risposta normale a seguito di stress adeguato (fisico o farmacologico) valutato con ECG, ecocardiografia o scintigrafia. Revisione annuale.

## ICD

Lettura ICD. Test da sforzo. ECG secondo Holter.

NON IDONEO per 6 mesi dopo l'impianto. Dopo idoneo se non vi siano stati sintomi significativi e se il soggetto è in grado di fornire una risposta normale all'esercizio. Idoneo fino a 1 anno in caso di impianto profilattico (soggetto sempre stato asintomatico ma con alto rischio di aritmia), altrimenti 6 mesi in caso di soggetto che abbia manifestato episodi aritmici o sincopali. Non IDONEO per 1 settimana dopo il cambio delle batterie. Rivedere l'idoneità se vi sia stata scarica.

NON IDONEO

# IPERTENSIONE ARTERIOSA

FATTORI DI RISCHIO	CLASSI DI RISCHIO	PERCORSO VALUTATIVO
--------------------	-------------------	---------------------

V  
I  
S  
I  
T  
A  
C  
A  
R  
D  
I  
O  
L  
O  
G  
I  
C  
A

-IPERTENSIONE  
LABILE  
- IPERTENSIONE  
ESSENZIALE

IN BUON  
COMPENSO

I

TIPO DI PATENTE	
A-B-CIG	C-D-E-K
IDONEITA' FINO A 5 ANNI	IDONEITA' FINO A 3 ANNI

NON  
COMPENSATA,  
SENZA DANNO  
D'ORGANO

II

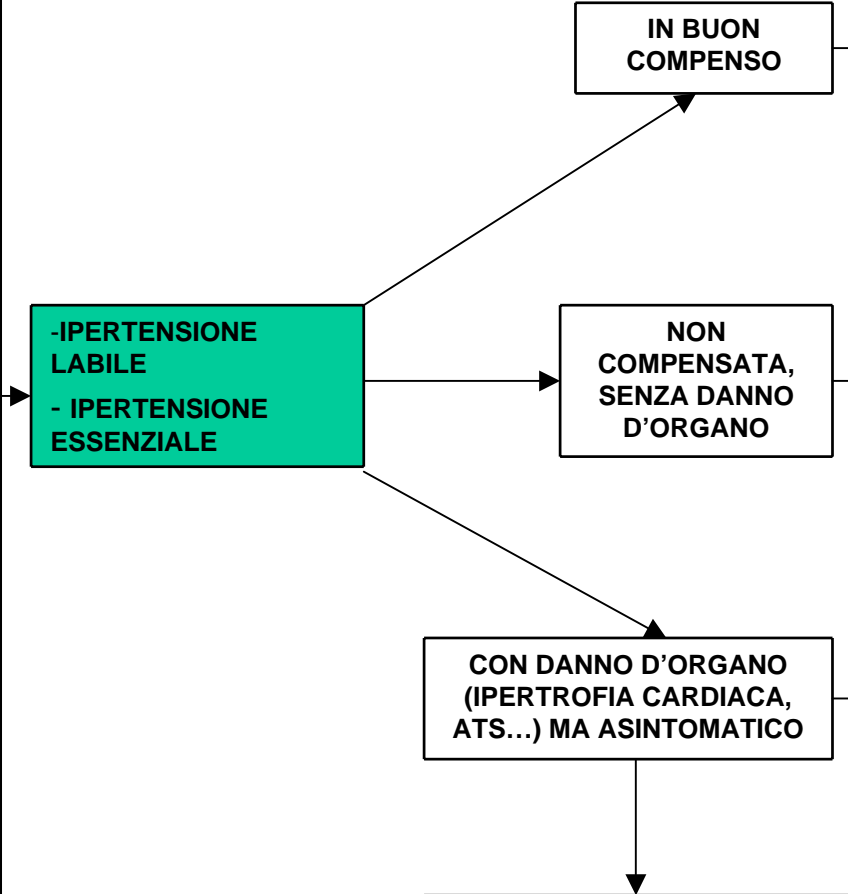
IDONEITA' FINO A 3 ANNI	IDONEITA' FINO A 2 ANNI
-------------------------------	-------------------------------

CON DANNO D'ORGANO  
(IPERTROFIA CARDIACA,  
ATS...) MA ASINTOMATICO

III

IDONEITA' FINO A 1 ANNO	IDONEITA' FINO A 1 ANNO
-------------------------------	-------------------------------

SE SINTOMATICO(ANGINA,  
ARITMIE, SCOMPENSO, ICTUS,  
ECC..., SI RINVIA ALLE  
RELATIVE PATOLOGIE



# CARDIOPATIE

## FATTORI DI RISCHIO

## CLASSI DI RISCHIO (NYHA)

## PERCORSO VALUTATIVO

IPERTENSIONE	CONTROLLATA
ANGINA	ASSENTE (ALTERAZIONI VASCOLARI)
IMA	ASSENTE
ARITMIE	BENIGNE
COMPENSO (FE)	BUONO (>60 %)

**I**

TIPO DI PATENTE	
A,B,CIG	C,D,E,K
IDONEO FINO A 5 ANNI	IDONEO FINO A 3 ANNI

IPERTENSIONE	NON BEN CONTROLLATA, NON DANNO D'ORGANO
ANGINA	PER SFORZI ELEVATI
IMA	PREGRESSO CON MODESTI ESITI STABILIZZATI
ARITMIE	ASSENZA DI ARITMIE MALIGNI
COMPENSO (FE)	DISCRETO (45 - 60 %)

**II**

IDONEO FINO A 3 ANNI	IDONEO FINO A 2 ANNI
-------------------------	-------------------------

IPERTENSIONE	CON DANNO D'ORGANO
ANGINA	PER SFORZI LIEVI
IMA	PREGRESSO, CON ESITI STABILIZZATI DISCRETI
ARITMIE	ANAMNESI+PER ARITMIE MALIGNI CONTROLLATE
COMPENSO (FE)	SCADENTE ( 35 - 45 )

**III**

IDONEO FINO A 12 MESI	NON IDONEO
--------------------------	---------------

IPERTENSIONE	SINTOMATICA
ANGINA	A RIPOSO
IMA	PREGRESSO CON IMPORTANTI ESITI
ARITMIE	ARITMIE MALIGNI NONOSTANTE TERAPIA
COMPENSO (FE)	INSUFFICIENTE ( < 35 % )

**IV**

NON IDONEO	NON IDONEO
---------------	---------------

V  
I  
S  
I  
T  
A  
  
C  
A  
R  
D  
I  
O  
L  
O  
G  
I  
C  
A

# PORTATORI DI DEFIBILLATORE CARDIACO IMPIANTABILE

## FATTORI DI RISCHIO

## CLASSI DI RISCHIO

## PERCORSO VALUTATIVO

V  
I  
S  
I  
T  
A  
  
C  
A  
R  
D  
I  
O  
L  
O  
G  
I  
C  
A

PAZIENTI CON IMPIANTO PROFILATTICO E CON ARITMIE ASINTOMATICHE

I

TIPO DI PATENTE	
A-B-CIG	C-D-E-K
<b>IDONEO FINO A 2 ANNI</b> (in rapporto alla patologia di base)	<b>IDONEO FINO A 1 ANNO</b> (in rapporto alla patologia di base)

PAZIENTI CON IMPIANTO RECENTE

II

<b>IDONEO PER 6 MESI</b> (Se non attivazione né complicanze)	<b>NON IDONEO</b>
---	-------------------

PAZIENTI **SINTOMATICI** PER RICORRENZA DI TV e FV

III

<b>NON IDONEO</b>	<b>NON IDONEO</b>
-------------------	-------------------