



1° agosto 2022

V 1.4 it

Riferimento file: BAV-511.5-36/10/3/5

Allegato 4

Raccomandazioni per la valutazione dell'idoneità in caso di malattie rilevanti dal punto di vista della medicina del traffico

**della Direttiva sugli esami di idoneità medica per persone che
svolgono attività rilevanti per la sicurezza nel settore ferroviario
secondo l'OVF¹ e l'OAASF²**

Ufficio federale dei trasporti UFT

¹ RS 742.141.21 Ordinanza del DATEC concernente l'abilitazione alla guida di veicoli motore delle ferrovie (OVF)

² RS 742.141.22 Ordinanza del DATEC sull'abilitazione a svolgere attività rilevanti per la sicurezza nel settore ferro-viario (OAASF)

Indice

Osservazioni preliminari	3
1 Parte: Diabete mellito	4
2 Parte: Malattie cardiovascolari	7
2.1 Coronaropatie	7
2.2 Ipertensione	11
2.3 Malattia arteriosa periferica (PAD)	12
2.4 Aritmie cardiache e alterazioni dell'ECG	13
2.5 Malattie delle valvole cardiache	16
2.6 Sincope di origine incerta	17
3 Parte: Malattie neurologiche	19
3.1 Epilessia	19
3.1.2 Epilessia manifesta	20
3.2 Lesioni alla testa o operazioni al cervello	20
3.3 Malattie cerebrovascolari / ictus Livelli di requisiti 1, 2 e 3	21
3.4 Neoplasie cerebrali	22
3.5 Malattie neurodegenerative	22
3.6 Sclerosi multipla	22
3.7 Sindrome di Menière e altri casi di vertigini ricorrenti	23
3.8 Sindrome delle apnee notturne (da apnea del sonno)	23
3.9 Narcolessia	23
3.10 Sincope di origine incerta	23
4 Parte: Malattie psichiatriche	24
4.1 Turbe affettive (unipolare, disturbo depressivo)	24
4.2 Disturbi maniaco-depressivi	25
4.3 Disturbi nevrotici, da stress e somatoformi	25
4.4 Schizofrenia, disturbi schizotipici e deliranti	26
4.5 Disturbi psichici con cause organiche	26
5 Parte: Malattie da dipendenza	27
5.1 Abuso di alcol e dipendenza dall'alcol	28
5.2 Abuso di stupefacenti e dipendenza da stupefacenti	29
5.3 Altre sostanze psicotrope	30
6 Parte: Farmaci	32
6.1 Psicofarmaci	32
6.1.1 Benzodiazepine	32
6.1.2 Barbiturici	33
6.1.3 Neurolettici	33
6.1.4 Antidepressivi	34
6.1.5 Bupropione, Vareniclin Tartrat	34
6.1.6 Psicostimolanti (metilfenidato e altri)	34
6.2 Antiepilettici	35
6.3 Antidiabetici	35
6.4 Antipertensivi	35
6.5 Antiaritmici	35
6.6 Antistaminici	35
6.7 Analgesici	35
6.8 Altri farmaci	36
7 Parte: Malattie del sistema metabolico	38
7.1 Malattie gastrointestinali	38
7.2 Patologie epatiche	38
8 Parte: Comportamenti in caso di donazione di sangue	40
9 Parte: Malattie oncologiche	41
9.1 Melanoma	43
9.2 Carcinoma del colon-retto	43
9.3 Tumore del testicolo	44
9.4 Linfoma di Hodgkin	45

9.5	Linfoma non-Hodgkin.....	45
9.6	Carcinoma bronchiale	46
9.7	Carcinoma mammario	46
9.8	Carcinoma del rene	47
10	Parte: Malattie respiratorie.....	49
10.1	Asma bronchiale	49
10.2	Bronchite cronica ostruttiva (BPCO).....	49
10.3	Altre malattie polmonari croniche con limitazioni funzionali, compresi enfisema e pneumotorace recidivante	49
10.4	Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)	50

Osservazioni preliminari

In assenza di esplicita menzione, per gli esami straordinari si applicano gli stessi requisiti validi per gli esami periodici.

Ai fini di una migliore leggibilità, per le designazioni delle persone e i termini loro riferiti è impiegata unicamente la forma maschile, intendendo comunque tutti i generi.

1 Parte: Diabete mellito

Livelli di requisiti 1, 2, 3

Primo esame, esami periodici e straordinari

Osservazioni generali:

In presenza di diabete mellito, il tasso di glicemia nel sangue deve essere costante e non indicare ipoglicemia né iperglicemia aventi ripercussioni sulla guida. Deve inoltre essere esclusa la presenza di postumi rilevanti per la sicurezza (in particolare sul sistema cardiovascolare, limitazioni della funzione visiva, alterazioni neurologiche). Nei controlli medici periodici deve essere compreso non solo il controllo della terapia adottata dal paziente diabetico, ma soprattutto la diagnosi precoce di complicazioni.

Particolarmente rilevante per la medicina dei trasporti in ambito ferroviario è il pericolo di ipoglicemia. Una stratificazione mirata del rischio è pertanto imprescindibile (cfr. Direttive concernenti l'idoneità alla guida in presenza di diabete mellito della Società Svizzera di Endocrinologia e di Diabetologia).

Regolazione del diabete:

La percentuale ideale dell'HbA1C è < 6,5. Percentuali > 7,5 indicano un cattivo controllo della glicemia da parte del paziente.

Controlli medici:

Il medico curante deve eseguire 4 volte all'anno un controllo del peso corporeo, della glicemia a digiuno e postprandiale, dell'HbA1C e uno screening della microalbuminuria.

Il medico deve inoltre porre domande mirate concernenti episodi di ipoglicemia e verificare l'autocontrollo del paziente. Ulteriori esami sono il controllo dei piedi e delle pulsazioni pedie.

Oltre a quelli sopra citati, devono essere eseguiti 1 volta all'anno gli esami seguenti: creatinina sierica, colesterolo sierico, trigliceridi a digiuno, stato dettagliato dei vasi sanguigni, ECG, indizi di neuropatia periferica e autonoma nonché controlli dall'oculista. Se indicati, occorre eseguire altri esami supplementari (controllo Doppler dei vasi sanguigni, velocità di trasmissione dei nervi).

Livello di requisiti 1 (con obbligo di licenza)

Le persone cui il diabete mellito è diagnosticato per la prima volta o il cui diabete non è sotto controllo devono essere dispensate dall'attività professionale finché le loro condizioni non sono sufficientemente stabili.

Il rischio di un'improvvisa ipoglicemia è il pericolo maggiore per la sicurezza della circolazione. L'idoneità della persona in questione dipende dal tipo di terapia, dalle possibilità di controllare la malattia come pure dal grado di formazione e dall'affidabilità della persona stessa.

Terapia basata sulla dieta:

Idoneità con riserva

Le persone il cui diabete è ben controllato, mediante una dieta specifica e che non presentano complicanze rilevanti, sono idonee alla guida di veicoli motore a condizione che siano eseguiti controlli regolari (almeno annuali).

Terapia con farmaci antidiabetici orali:

- a) Biguanide metformina, acarbose, gliptine, glitazone (pioglitazone), incretino-mimetici (=analoghi di GLP1), inibitori del SGLT2:

Idoneità con riserva

In caso di monoterapia con metformina o acarbose e di terapia combinata con metformina e gliptine (inibitori della DPP4 e preparati combinati) o pioglitazone o incretino-mimetici o inibitori del SGLT2. Con un buon controllo del diabete mellito e una buona collaborazione da parte del paziente, quest'ultimo può continuare ad essere considerato idoneo alla guida. La terapia deve però essere iniziata prima dell'inizio dell'attività lavorativa e il paziente deve conoscere bene gli effetti del farmaco, compresi quelli collaterali. Egli è idoneo alla guida solo quando i suoi valori glicemici sono stabili, a condizione che siano eseguiti controlli regolari (almeno annuali) da parte del medico di fiducia. Inoltre, non deve aver subito gravi crisi ipoglicemiche in passato né presentare la condizione di mancata percezione dell'ipoglicemia.

- b) Sulfanilurea, glinide

Non idoneità

Nei pazienti più anziani o con una funzione renale ridotta c'è il rischio di una reazione ipoglicemica.

Terapia con insulina:

Non idoneità

Diabete mellito con complicazioni (p.es. retinopatia, nefropatia, angiopatia cerebrale, neuropatia periferica):

Non idoneità

Livelli di requisiti 1 (senza obbligo di licenza) e 2

Terapia basata sulla dieta:

Idoneità con riserva

Condizioni: come per il livello di requisiti 1 (persone soggette all'obbligo di licenza)

Terapia con farmaci antidiabetici orali:

Metformina, acarbose, gliptine, pioglitazone, incretino-mimetici (=analoghi di GLP1), inibitori del SGLT2:

Idoneità con riserva

Condizioni: come per il livello di requisiti 1 (persone soggette all'obbligo di licenza)

Terapia con analogo dell'insulina basale 1 volta al giorno oppure con glinidi o gliclazide

Primo esame

Non idoneità

Esami periodici e straordinari

Idoneità con riserva

Con un buon controllo del diabete mellito e una buona collaborazione da parte dell'interessato, quest'ultimo può continuare ad essere considerato idoneo con riserva. La

terapia deve però essere cominciata prima dell'inizio dell'attività lavorativa e l'interessato deve conoscere bene gli effetti del farmaco, compresi quelli collaterali.

Periodo di attesa di 3 mesi: solo in presenza di valori glicemici stabili, misurazioni regolari e documentate e buona comprensione della malattia, il paziente può essere di nuovo considerato idoneo alla guida, a condizione che siano eseguiti controlli regolari (almeno annuali) da parte del medico di fiducia. Le summenzionate sostanze attive *non possono essere combinate fra loro*.

Inoltre, il paziente non deve aver subito gravi crisi ipoglicemiche in passato né presentare la condizione di mancata percezione dell'ipoglicemia. Occorre portare con sé i carboidrati per la profilassi dell'ipoglicemia.

Terapia con insuline (ad eccezione dell'insulina basale 1 volta al giorno), sulfoniluree (ad eccezione di gliclazide)

Non idoneità

Per il capimovimento cat. B sono possibili deroghe se convenute con il Servizio di medicina dell'UFT.

Livello di requisiti 3

Condizioni: come per i livelli di requisiti 1 (senza obbligo di licenza) e 2

Terapia con insuline (ad eccezione dell'insulina basale 1 volta al giorno), sulfoniluree (ad eccezione di gliclazide)

Idoneità con riserva

Nel rispetto delle seguenti condizioni:

- misurare il tasso di glicemia prima e durante un lungo intervento nella zona dei binari;
- rinunciare all'intervento nella zona dei binari con tasso di glicemia < 5 mmol/l;
- tenere sempre con sé alimenti contenenti carboidrati e un glucometro per la profilassi dell'ipoglicemia.

2 Parte: Malattie cardiovascolari

2.1 Coronaropatie

Si ha una coronaropatia nei casi seguenti:

- angina pectoris anamnestica;
- stato dopo infarto del miocardio;
- stato dopo angioplastica (PTCA) e STENT;
- stato dopo rivascolarizzazione miocardica;
- altre forme, che insorgono raramente.

Livello di requisiti 1

Primo esame:

Non idoneità

I candidati affetti da coronaropatie (v. qui di seguito) non soddisfano di regola i requisiti richiesti per guidare in modo sicuro un veicolo motore. Qualora per persone sane ci siano indizi anamnestici di una pregressa malattia cardiaca, devono assolutamente essere consultati gli atti medici in cui sono riportati la diagnosi, la terapia svolta e la prognosi. Nel caso in cui emergano indizi per una nuova insorgenza della malattia o una sua progressione o ci sia il pericolo di un improvviso peggioramento della capacità lavorativa, il candidato non è idoneo. Di regola è necessario ricorrere ad una valutazione cardiologica.

Esame medico periodico e straordinario:

Non idoneità

Se insorge una malattia coronarica, i conducenti di veicoli motore con livello di requisiti 1 devono essere considerati non idonei. L'eventualità di riprendere l'attività lavorativa alla guida di veicoli motore può essere presa in considerazione al più presto 3 mesi dopo che si è verificato l'evento (infarto del miocardio, PTCA, bypass *aorto-coronarico*, angina pectoris manifesta). Dopo un intervento coronarico percutaneo elettivo, l'attività lavorativa può essere ripresa prima del suddetto termine se il miocardio non ha subito danni e la perizia cardiologica lo consente. Di regola, dopo un secondo infarto i requisiti per la guida di veicoli motore non sono più soddisfatti.

Requisiti per l'attestazione di un'idoneità con riserva e quindi per la ripresa dell'attività lavorativa alla guida di veicoli motore con livello di requisiti 1:

a) Criteri di idoneità soggettivi (cumulativi):

L'interessato deve soddisfare le condizioni seguenti:

- essere privo di disturbi e presentare un normale livello di prestazione (salire velocemente 3 piani senza fermarsi),
- essere privo di sintomi quali depressioni o ansia,
- essere inserito in un contesto sociale e familiare favorevole, e
- sentirsi in grado di affrontare i compiti e la tensione sul posto di lavoro.

b) Criteri di idoneità oggettivi (cumulativi):

- Anamnesi:
 - Nessun trattamento con farmaci, tranne con: beta bloccanti, calcio antagonisti, nitrati, antagonisti dell'angiotensina II, ACE inibitori, e/o anti-aggreganti.
 - È possibile, in casi eccezionali, l'assunzione degli anticoagulanti Marcoumar o Sintrom, se l'anticoagulazione è stabile (almeno il 75% di tutti i valori corrisponde al livello terapeutico) e se non è presente un'ipertensione non trattata.
 - Non è presente un accumulo di rilevanti rischi cardio-vascolari: tabagismo persistente, notevole obesità (BMI>35), scarsa attività fisica, ipertensione poco o mal controllata (con o senza trattamento), valori alti di lipidi nel sangue, diabete.
- Esame clinico
 - Referto cardio-vascolare normale
- Radiografia del torace (se disponibile):
 - Referto normale (eccetto modifiche non rilevanti)
- ECG a riposo:
 - Nessuna alterazione rilevante della conduzione e diffusione degli impulsi e della ripolarizzazione
 - Nessuna aritmia significativa
- Ergometria:
 - Se possibile, protocollo Ramp (misurazione più precisa e comparabilità della prestazione)
 - Capacità di prestazione di almeno 8 MET (1 MET (equivalente metabolico) corrisponde al consumo di ossigeno di 3.5 ml/kg/min.)
 - Durata dello sforzo di almeno 8 min. (di cui 2 min. a 8 MET o più)
 - Nessun disturbo pectanginoso tipico
 - Nessuna variazione significativa del tratto ST
 - Nessuna aritmia complessa
 - Sopraventricolare: cave tachicardie, comprese fibrillazione e flutter atriale, anche in assenza di sintomi (in casi dubbi consultazione cardiologica);
 - Ventricolare: cave tachicardie ventricolari persistenti > 30 sec.
 - Nessuna alterazione della conduzione e diffusione degli impulsi sotto sforzo
 - Variazione normale della pressione sanguigna (aumento pressione sistolica di > 30 mmHg, nessuna diminuzione di > 20 mmHg sotto sforzo, pressione sistolica massima di 240 mmHg, normalizzazione entro 5 min. dopo lo sforzo)
 - Gli esami sopra citati sono obbligatori (anche se la persona è asintomatica) e servono da base per la decisione sull'idoneità. Tuttavia, si rinuncerà a svolgere

ulteriori esami se durante il loro svolgimento si ottiene un referto che esclude l'idoneità alla guida.

- ECG Holter:

Obbligatorio solo per stato dopo bypass aortocoronarico (BAC) e stato dopo infarto miocardico con complicazioni

- Nessuna aritmia ripetitiva sopraventricolare o ventricolare
- Nessun BAV di alto grado (Mobitz 2, blocco completo av parossistico, blocco completo av permanente)
- Nessuna pausa > 2,5 sec. in stato di veglia, > 4 Sec. in stato di sonno
- Nessun indizio di ischemia silente

- Ecocardiografia color doppler:

Se la frazione di eiezione ventricolare sinistra (FE) non è già stata valutata dal medico curante dopo l'insorgere dell'evento (mediante ecocardiografia, scintigrafia o angiografia coronarica) oppure se emergono indizi di modifiche rilevanti della stessa, l'ecocardiografia deve essere eseguito come esame supplementare obbligatorio.

- Nessuna dilatazione del ventricolo sinistro a fine diastole > 6 cm o del volume dell'atrio sinistro > 50 ml/cm²
- Nessun ingrossamento significativo dell'atrio destro (> 25 cm²) e/o del ventricolo destro (diametro DVD2 > 37 mm)
- Nessun vizio valvolare significativo dal lato emodinamico, assenza di ipertensione arteriosa polmonare (gradiente tra il ventricolo destro e l'atrio destro > 40 mmHg)
- Assenza di ipertrofia ventricolare sinistra (spessore del setto e della parete posteriore < 13 mm, massa muscolare del ventricolo sinistro > 130 g/m² per gli uomini, 110 g/m² per le donne)
- Frazione di eiezione del ventricolo sinistro > 40 %
- Nessun aneurisma ventricolare sinistro o destro, assenza di trombo delle cavità cardiache

Controlli successivi:

Qualora i criteri oggettivi e soggettivi siano soddisfatti, si può attestare un'idoneità con riserva. La condizione necessaria è che il conducente di veicoli motore si sottoponga a controlli successivi a intervalli di 3 - 6 mesi al massimo (in funzione del singolo referto) e ad una profilassi delle recidive: attività fisica regolare, rinuncia al consumo di nicotina o riduzione dello stesso a < 0,5 p/d, trattamento farmacologico dell'iperlipidemia o della dislipidemia e/o in casi leggeri e ben controllati di diabete mellito di tipo II.

a) Tipo e frequenza dei controlli successivi:

Controlli eseguiti dal medico di famiglia / dal medico curante:

Ogni semestre o all'insorgere di sintomi nuovi o che fanno sospettare una progressione della malattia coronarica

I controlli devono comprendere: anamnesi riguardante specificamente l'eventuale presenza di una sintomatica cardiaca (calo del rendimento, disturbi sotto sforzo, vertigini, aritmia), controllo dell'assunzione dei farmaci, stato cardiovascolare (incl. misurazione della PA), ECG (solo in caso di sospetto clinico di cambiamento del referto)

b) Controlli eseguiti dal medico di fiducia competente e da un cardiologo:

Di norma ogni anno o conformemente alle disposizioni del cardiologo

I controlli devono comprendere: anamnesi, esame clinico, ECG a riposo, prova ergometrica su tapis roulant, ECG Holter (se indicato), ecocardiografia (se indicato)

Ulteriori esami cardiologici eseguiti durante il controllo successivo devono essere valutati nel modo seguente:

c) Angiografia coronarica

La persona esaminata è temporaneamente non idonea alla guida di veicoli motore nel caso risultino i seguenti referti medici:

- stenosi > 50 % di un vaso principale e/o stenosi prossimale > 50 % di un vaso principale,
- stenosi significativa > 50 % di più vasi secondari.
- Ecostress, RM da stress o scintigrafia perfusionale miocardica
- Assenza di nuovi disturbi della contrattilità in determinate aree o di zone di diminuita perfusione sotto sforzo che siano significativi per la prognosi
- Assenza di riduzione della frazione di eiezione o di aumento del volume del ventricolo sinistro sotto sforzo

Livelli di requisiti 2 e 3

Primo esame:

Non idoneità

Le persone affette da una malattia coronarica manifesta che si candidano a svolgere un'attività rilevante per la sicurezza vanno considerate a priori non idonee. Occorre tener conto in particolare del fatto che l'attività nel settore ferroviario comprende vari fattori di sforzo sfavorevoli per il sistema cardiocircolatorio, che possono causare un peggioramento della malattia: orari di lavoro irregolari, lavoro notturno, pressione psicomentale dovuta al contatto con l'utenza, stress derivante dai rigidi limiti di tempo, notevoli sforzi fisici nel servizio di manovra, condizioni climatiche sfavorevoli, frequenti e rapidi passaggi dal caldo al freddo e viceversa. Inoltre, occorre considerare anche gli aspetti legati alla sicurezza. Se si hanno soltanto indizi di una malattia di questo tipo, i candidati possono eventualmente decidere di sottoporsi a esami cardiologici e di candidarsi nuovamente in caso di referto negativo.

Esame medico periodico e straordinario:

Non idoneità

Se insorge una malattia coronarica, i conducenti di veicoli motore con livello di requisiti 2 devono essere considerati non idonei. L'eventualità di riprendere un'attività rilevante per la sicurezza può essere presa in considerazione al più presto 3 mesi dopo che si è verificato l'evento (infarto del miocardio, PTCA, bypass aorto-coronarico, angina pectoris manifesta),

nella misura in cui non sia riscontrata alcuna limitazione sostanziale delle prestazioni e della capacità di regolazione e se il pericolo di un peggioramento acuto può essere considerato minimo. Per i relativi esami occorre procedere come per il livello di requisiti 1. Dopo un intervento coronarico percutaneo elettivo, l'attività lavorativa può essere ripresa prima del suddetto termine se il miocardio non ha subito danni e la perizia cardiologica lo consente.

Per le persone con livello di requisiti 3, il margine di manovra relativo agli esami e al periodo di attesa fino alla ripresa dell'attività è più ampio.

Condizione necessaria per la ripresa dell'attività lavorativa è una perizia cardiologica in tal senso, che dovrebbe esprimersi anche sulla frequenza dei controlli da effettuare successivamente presso il medico curante. L'idoneità può essere attestata soltanto a condizione che le persone interessate si sottopongano ogni anno a controlli successivi presso il medico di fiducia competente, che dovrà valutare in particolare le condizioni cardiocircolatorie.

2.2 Ipertensione

Livello di requisiti 1

Primo esame:

Idoneità con riserva

I candidati non sono idonei per il livello di requisiti 1 se la pressione sanguigna, nonostante un adeguato trattamento con farmaci, raggiunge valori superiori a 160/95 mm Hg, visto che in questi casi l'incidenza per emorragie, collassi e retinopatie è notevolmente aumentata. Se è rilevata per la prima volta un'ipertensione > 160/95 mm Hg, la persona interessata deve essere dichiarata temporaneamente non idonea. Si può procedere ad una nuova valutazione dell'idoneità dopo che il paziente ha seguito con successo una terapia adeguata.

Esame medico periodico e straordinario:

Idoneità con riserva

I macchinisti devono sottoporsi regolarmente a controlli della pressione sanguigna. Per disporre di valori affidabili che permettano di diagnosticare con certezza l'ipertensione arteriosa, occorre stabilire il valore medio di almeno 3 misurazioni effettuate in orari diversi. In caso di valori superiori a 160/95 è sempre necessario effettuare ulteriori esami. In caso di danni secondari ad altri organi (marcata ipertrofia del ventricolo sinistro, indizi per disturbi della funzione renale, notevoli patologie della retina (emorragie e essudati)), è esclusa l'idoneità alla guida di veicoli motore. Conducenti di veicoli motore con pressione sanguigna costantemente superiore a 160/95 mm Hg possono essere dichiarati idonei, con riserva, soltanto se non sono presenti danni secondari ad altri organi (controllo successivo già dopo 1 anno da parte del medico di fiducia).

Livelli di requisiti 2 e 3:

Primo esame:

Idoneità con riserva

I candidati non sono idonei per il livello di requisiti 2 nel caso in cui i valori della pressione sanguigna, nonostante adeguato trattamento con farmaci, siano superiori a 160/95 mm Hg. Se è rilevata per la prima volta un'ipertensione > 160/95 mm Hg, la persona interessata deve essere dichiarata temporaneamente non idonea. Si può procedere ad una nuova valutazione dell'idoneità dopo che il paziente ha seguito con successo una terapia adeguata.

Esame medico periodico e straordinario:

Idoneità con riserva

Il personale con attività rilevanti per la sicurezza (livello di requisiti 2) deve sottoporsi a controlli periodici della pressione sanguigna. In caso di valori superiori a 160/95 è sempre necessario effettuare ulteriori esami. In caso di danni secondari ad altri organi (marcata ipertrofia del ventricolo sinistro, indizi di disturbi della funzione renale, notevoli alterazioni della retina (emorragie e essudati)), di regola è esclusa l'idoneità alla guida di veicoli motore. In casi eccezionali può essere eventualmente attestata un'idoneità con riserva qualora uno specialista rilasci una perizia in tal senso e venga effettuato ogni anno un controllo successivo.

2.3 Malattia arteriosa periferica (PAD)

Livello di requisiti 1

Primo esame:

Non idoneità

Oggi la PAD non è più considerata un'affezione isolata di uno o di più vasi sanguigni, ma un fattore di rischio riconosciuto di alterazioni ateromatose in tutte le altre zone vascolari, per esempio delle coronarie o delle arterie cerebrali. I candidati affetti da PAD sintomatica devono essere pertanto considerati non idonei. Sono ammesse eccezioni nei casi in cui sia possibile escludere senza alcun dubbio, mediante adeguati esami angiologici e cardiologici, che ulteriori zone vascolari ne sono interessate.

Esame medico periodico e straordinario:

Idoneità con riserva

Nei casi in cui non si hanno indizi di interessamento dei vasi coronarici o cerebrali, può essere attestata un'idoneità con riserva (controlli successivi annuali eseguiti dal medico di fiducia). È inoltre necessario far eseguire un esame cardiologico e un'ecografia Doppler delle carotidi. Condizione necessaria per rilasciare l'attestato di idoneità è il fatto che la PAD sia stabile e che non provochi disturbi rilevanti durante la normale attività lavorativa. Qualora ne sia interessata l'aorta toracica o addominale, è necessario far eseguire ogni anno ecografie di controllo. La persona interessata non è idonea se si è verificato un aneurisma clinicamente rilevante. Può riprendere l'attività lavorativa alla guida di veicoli motore una volta eseguita l'operazione per l'impianto di bypass o rivascolarizzazione e dopo un nuovo esame medico, se la riabilitazione è completamente conclusa e non si rilevano altri indizi di non idoneità.

Livelli di requisiti 2 e 3:

Primo esame:

Non idoneità

Se si diagnostica una PAD clinicamente rilevante, si ha un alto rischio di interessamento di altri vasi arteriosi quali le coronarie o le arterie cerebrali. I candidati affetti da PAD devono essere pertanto considerati non idonei. Sono ammesse eccezioni nei casi in cui sia possibile escludere senza alcun dubbio, mediante adeguati esami angiologici e cardiologici, che ulteriori zone vascolari ne sono interessate.

Esame medico periodico e straordinario:

Idoneità con riserva

Al primo insorgere della malattia il paziente deve sottoporsi ad un esame specialistico. Se tale esame conferma che la persona interessata è idonea, devono essere eseguiti ogni anno controlli successivi. Di regola, una persona dei livelli di requisiti 2 e 3 affetta da PAD è talmente limitata dalla malattia nello svolgimento delle normali funzioni lavorative, che non è idonea a svolgere tale attività. Sono possibili eccezioni nel caso in cui la malattia rimanga stabile e non provochi limitazioni della mobilità. In tal caso occorre far eseguire un adeguato esame da parte di uno specialista, dal quale risulti se e in quale misura sono interessati i vasi coronari.

2.4 Aritmie cardiache e alterazioni dell'ECG

Livello di requisiti 1:

Primo esame, esame periodico, esame straordinario:

- **Osservazioni generali:** in presenza di conclamata o sospetta aritmia cardiaca (tachicardia o bradicardia) in grado di compromettere la salute dei conducenti di veicoli motore e la sicurezza dei passeggeri, occorre sempre procedere a ulteriori accertamenti aritmologici approfonditi, finalizzati alla stratificazione del rischio individuale e alla definizione della strategia terapeutica. L'obiettivo è identificare ovvero escludere la presenza di cardiopatie strutturali e/o di fattori favorevoli l'aritmia. Qualora sia stato possibile eliminare i fattori scatenanti e trattare l'aritmia con una terapia curativa o farmacologica, il paziente può nuovamente essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che, inizialmente, si sottoponga a esami di controllo annuali.
- **Criteri di esclusione per pazienti affetti da aritmia cardiaca:** aritmie sintomatiche (stato dopo sincopi/presincopi, vertigini, fastidiose palpitazioni tachicardiche o extrasistoli), intolleranza alla fatica e prestazioni fisiche inferiori alla media (< 7 MET per persone > 50 y, 8 MET per persone < 50 y), frazione di eiezione del ventricolo sinistro < 40 %, insufficiente aderenza alla terapia farmacologica in presenza di eventuale cardiopatia o di fattori di rischio cardiovascolare multipli, BMI > 35 kg/m²

Di regola, i seguenti referti escludono dall'attività lavorativa come conducenti di veicoli motore del livello di requisiti 1:

- a) stato dopo sincope da aritmia cardiaca (tachicardia/fibrillazione ventricolare, tachicardia sopraventricolare, bradicardia);
- b) tachicardia o bradicardia con accresciuto rischio di recidiva o indicazione per l'impianto di uno stimolatore cardiaco o di un defibrillatore e con una cardiopatia all'origine dell'aritmia.

Pazienti con stato dopo rianimazione o sincope prolungata: anche se dal punto di vista cardiologico è nuovamente idoneo, il paziente deve essere assolutamente sottoposto a un esame di psicologia del traffico, dal momento che circa il 50 % delle persone rianimate presenta limitazioni cognitive aventi ripercussioni sulla guida.

- c) Aritmie ventricolari
Ulteriori accertamenti aritmologici approfonditi (test da sforzo, RM cardiaco da stress, eventuale esame elettrofisiologico) sono indicati anche per persone asintomatiche affette da conclamata tachicardia ventricolare non prolungata (durata: 5 – 30 sec.) e prolungata (durata: > 30 sec.) e per persone presentanti extrasistoli ventricolari gravi o semigravi (VES-load > 10 % di tutti i complessi). Se è possibile escludere la presenza di cardiopatie strutturali o di malattie coronariche o se la causa può essere trattata con una terapia curativa o farmacologica e dopo il trattamento l'aritmologo di riferimento

considera il paziente a basso rischio, allora lo si può dichiarare idoneo con riserva dopo un termine da stabilire individualmente, a condizione che si constati una permanente assenza di aritmie e che si sottoponga a regolari follow-up cardiologici.

d) Aritmie sopraventricolari

Non idoneità, finché la persona è sintomatica

(presincope o sincope ovvero vertigini e fastidiose palpitazioni tachicardiche o pause)

Il paziente può essere dichiarato idoneo con riserva se tollera bene la terapia farmacologica e la terapia sopprime l'aritmia o se l'intervento di ablazione con radiofrequenza subito riesce (a condizione che si constati una permanente assenza di aritmie e che si sottoponga a esami ECG di Holter di sette giorni ogni sei mesi e a controlli cardiologici annui), a condizione che la sua aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica sia ritenuta affidabile. Nelle persone affette da fibrillazione/flutter atriale la prevalenza di tachiaritmie è correlata con l'obesità, il consumo di alcol e un'ipertensione trattata in modo insufficiente, ragion per cui questi fattori vanno affrontati modificando lo stile di vita. In presenza di accresciuto rischio di ictus cardioembolico (score CHA₂DS₂-VASc) deve essere raccomandata l'anticoagulazione orale, oltre alla terapia antiaritmica.

e) Disturbi di conduzione

- Blocco di branca sinistro (BBS):

Le persone prive di disturbi nelle quali si riscontri casualmente un BBS sono maggiormente a rischio di presentare una cardiopatia strutturale (ipertensiva o coronarica) e di sviluppare nel suo decorso una bradicardia sintomatica. Le persone presentanti un BBS devono perciò essere sottoposte ad approfonditi esami cardiologici. Se test da sforzo, ecocardiografia color doppler, RM cardiaco da stress e ECG di Holter di sette giorni escludono la presenza di una cardiopatia strutturale, il paziente può essere dichiarato idoneo con riserva, a condizione di una permanente assenza di disturbi e che si sottoponga a controlli annui comprendenti test da sforzo e ECG di Holter di sette giorni.

- Blocco di branca destro (BBD):

A causa dell'accresciuta probabilità di presentare una cardiopatia strutturale, anche i pazienti presentanti un BBD vanno sottoposti a test da sforzo ed ecocardiografia color doppler e, in presenza di indicazione cardiologica, a test da sforzo annui (idoneità con riserva).

- Blocco AV di 2° grado (tipo Mobitz) e di 3° grado:

Di regola il paziente è non idoneo, in particolare se si riscontrano pause > 4 sec. di notte o > 3 sec. in stato di veglia. Il paziente può essere dichiarato idoneo con riserva solo se è privo di disturbi nella vita quotidiana e se si sottopone ogni anno a ulteriori controlli cardiologici. Di regola, l'impianto di uno stimolatore cardiaco è indicato solo in presenza di evidente correlazione tra sintomo ed ECG; in caso di dubbio, alla luce delle accresciute esigenze di sicurezza, anche se il paziente è privo di disturbi va tenuta bassa la soglia per l'indicazione relativa all'impianto di uno stimolatore.

Dopo l'impianto di uno stimolatore cardiaco (pacemaker), in assenza di ulteriori problemi cardiaci è possibile attestare un'idoneità con riserva. Devono tuttavia trascorrere almeno sei settimane dall'operazione e dal primo controllo dello stimolatore.

- Sindrome di WPW:

I pazienti presentanti un intervallo PQ corto, con o senza onda delta (short PQ-pattern e WPW-pattern) e con o senza tachiaritmia, devono obbligatoriamente essere sottoposti a un'approfondita e ulteriore visita aritmologica con relativa valutazione del rischio. Dopo l'esecuzione di quest'ultima e dell'esame elettrofisiologico, oltre che di

un'eventuale ablazione riuscita, può essere attestata un'idoneità con riserva (se il paziente è permanentemente privo di disturbi e si sottopone a controlli periodici), a condizione che non vengano diagnosticati ulteriori problemi cardiologici.

f) **Persone con altre anomalie elettrocardiografiche:**

Le persone affette da ipertrofia del ventricolo sinistro, turbe della ripolarizzazione indicanti una possibile cardiomiopatia, QT corto o lungo o pattern di Brugada presentano un accresciuto rischio di sincope e morte cardiaca improvvisa e devono quindi sottoporsi ad approfonditi esami cardioaritmologici. Un'idoneità con riserva (con regolari esami di controllo cardiologici) può essere attestata solo se la perizia cardiologica certifica una situazione di basso rischio.

Trattamento con farmaci antiaritmici

Nel caso di trattamenti con farmaci antiaritmici delle classi Ic (bloccanti dei canali del sodio - flecainide e propafenone) e III (amiodarone e sotalolo) il paziente deve essere sempre sottoposto a un'approfondita visita aritmologica con relativa valutazione del rischio. Un'idoneità con riserva può essere attestata solo se in base alla perizia cardiologica la funzione cardiaca risulta normale. Il paziente deve inoltre essere permanentemente privo di disturbi, tollerare bene i farmaci e sottoporsi ogni anno a controlli cardiologici (regolari ECG di Holter di sette giorni ed ergonometrie nonché funzione cardiaca normale).

Portatori di stimolatore cardiaco

Sono considerati «PM dipendenti» i portatori di pacemaker (PM) che a seguito di un malfunzionamento tecnico possono diventare sintomatici (in quanto privi di un proprio ritmo cardiaco con sufficiente FC [$> 30/\text{min.}$]).

Classe I	Assenza di ritmo cardiaco dopo il mancato funzionamento dello stimolatore
Classe II	Lento ritmo sostitutivo ($\text{FC} < 30/\text{min.}$) con blocco totale AV, arresto sinusale o ritmo sinusale bradicardico o nella fibrillazione atriale bradicardica
Classe III	Ritmo sostitutivo (per blocco AV, aritmia o bradicardia sinusale) con FC di 30 - 50/min.
Classe IV	Ritmo sinusale con frequenza $> 50/\text{min.}$ come ritmo sostitutivo (= non si ha dipendenza dallo stimolatore cardiaco)

Il rischio di una disfunzione del PM è grosso modo $< 2\%$ l'anno ed è maggiore nei primi 6 mesi dopo l'impianto. Le persone con un elettrodo ventricolare programmato con un sensing unipolare presentano un accresciuto rischio di oversensing.

Il rischio di interferenze elettromagnetiche con le funzioni dello stimolatore è stato esaminato dalle FFS nel 1984 e nel 1995; non si sono rilevate interferenze in grado di compromettere la funzione del PM.

Raccomandazione riguardo all'idoneità:

In caso di dipendenza dallo stimolatore cardiaco delle **classi III e IV** non si hanno limitazioni, a condizione che non siano presenti ulteriori malattie cardiache organiche. Una frequenza cardiaca a riposo $> 30/\text{min.}$ non causa vertigini o disturbi della coscienza in pazienti che altrimenti presentano un normale livello di prestazioni. Quindi, una volta trascorse 6 settimane, si può attestare un'idoneità con riserva se lo stimolatore non accusa disfunzioni e se non si riscontrano segni di un aumento della bradiaritmia nell'ulteriore decorso e a condizione che il PM venga sottoposto a controlli annuali e il paziente sia permanentemente privo di disturbi.

In caso di dipendenza dallo stimolatore cardiaco delle **classi I e II** di regola il paziente non è idoneo (proprio ritmo cardiaco con $\text{FC} < 30/\text{min.}$).

Nel caso in cui insorgano sintomi quali vertigini, palpitazioni o dolori al petto sotto sforzo, il portatore di stimolatore cardiaco deve segnalarlo e sottoporsi a un esame cardiologico anticipato e a un controllo dei dati del PM.

I pazienti con defibrillatore cardiaco impiantabile (CDI) sono non idonei.

Livelli di requisiti 2 e 3:

Primo esame, esame periodico, esame straordinario:

Si applicano le stesse raccomandazioni valide per il livello di requisiti 1, ma con un margine di manovra decisionale più ampio, in particolare per il livello di requisiti 3. In caso di dubbio va consultato un cardiologo.

2.5 Malattie delle valvole cardiache

Livello di requisiti 1:

Primo esame, esame periodico, esame straordinario:

In linea di principio per tutti i vizi cardiaci (congeniti o acquisiti) è necessario ricorrere ad un consulto cardiologico. Anche dopo interventi chirurgici alle valvole cardiache o dopo la loro sostituzione occorre esaminare se non si hanno indizi di danni cardiaci e/o una carenza nella funzione cardiaca.

a) Stenosi aortica (e stenosi polmonare grave)

Una stenosi aortica emodinamicamente significativa (o stenosi polmonare) è causa di non idoneità per i conducenti di veicoli motore del livello di requisiti 1. In caso di forme leggere di stenosi aortica può essere attestata un'idoneità con riserva (con controlli cardiologici annui), se sono rispettate le seguenti condizioni:

- Velocità di flusso alla valvola aortica < 3.0 m/sec. (vale anche per la valvola polmonare); può essere tollerata anche una leggera insufficienza concomitante.
- Prestazioni normali (almeno 8 MET durante almeno 2 min.) al controllo ergometrico (in caso di stenosi aortica di grado leggero questo esame non pone problemi).
- Nessun ulteriore referto patologico in ECG a riposo, ecocardiografia, ergometria ed esame clinico.
- Assenza di significativa ipertrofia ventricolare sinistra o di significativa dilatazione del ventricolo sinistro.
- Nessun indizio anamnestico di attacchi ischemici transitori (TIA) o eventi presincopali o sincopali.
- Nessun indizio anamnestico di embolie periferiche.

b) Insufficienza aortica

Un'insufficienza aortica è tollerata a lungo senza problemi, spesso non viene diagnosticata clinicamente e non è accompagnata da un rischio più elevato di sincopi. In caso di insufficienza aortica di grado lieve può essere attestata un'idoneità con riserva (con controlli cardiologici almeno biennali), se sono rispettate le condizioni seguenti:

- Nessuna dilatazione aortica rilevante nella zona del tronco (se la dilatazione dell'aorta ascendente è maggiore di 4.5 cm (normale fino a 3.7 cm) è necessaria la valutazione di un cardiologo; se non è indicata la sostituzione (o la ricostruzione

delle valvole) devono essere eseguiti, su indicazione, controlli dal cardiologo annui o semestrali).

- Nessun evidente sovraccarico di volume del ventricolo sinistro (nell'ecocardiografia diastolico non più di 7.0 cm, sistolico non più di 5 cm; la prestazione ergometrica non deve essere ridotta [requisito di 8 MET per almeno 2 min.]). Se tali valori limite vengono superati, occorre eseguire una valutazione caso per caso; se insorge un'insufficienza cardiaca, la persona interessata non è idonea alla guida di veicoli motore anche dopo una ricompensazione ben riuscita.

c) Stenosi mitralica

Una stenosi mitralica diagnosticata con sicurezza è oggi una malattia alquanto rara (di regola di eziologia reumatica, anche senza relativa anamnesi). Ne consegue di regola la non idoneità per il livello di requisiti 1, dato il pericolo di un'improvvisa fibrillazione atriale e di un'embolia cerebrale. Inoltre, nelle persone che soffrono di tale patologia, l'inizio improvviso di una fibrillazione atriale può provocare una sincope.

Una stenosi mitralica lieve può essere tollerata, se sottoposta a esami straordinari, qualora l'apertura della valvola mitralica sia $> 2.0 \text{ cm}^2$.

d) Insufficienza mitralica

Un'insufficienza mitralica è oggi raramente accompagnata da una stenosi mitralica; per lo più è dovuta ad un prolasso della valvola mitralica.

Un'insufficienza mitralica significativa comporta di regola la non idoneità per conducenti di veicoli motore del livello di requisiti 1. Può essere attestata un'idoneità con riserva (con controlli cardiologici annui) nel caso in cui siano rispettate le condizioni seguenti (è necessaria una perizia cardiologica):

- Ergometria normale (almeno 8 MET durante 2 min.)
 - Diametro telediastolico del ventricolo sinistro $< 6.5 \text{ cm}$
 - Frazione di eiezione ventricolare $> 40 \%$
- Nessun indizio di malattie coronariche manifeste
- Assenza di fibrillazione atriale
- Assenza di attacchi ischemici transitori anamnestici (TIA)

Livelli di requisiti 2 e 3:

Primo esame, esame periodico, esame straordinario:

Si applicano le stesse raccomandazioni valide per il livello di requisiti 1, con un margine di manovra decisionale più ampio. È in primo piano la sicurezza personale. In caso di dubbio dovrebbe essere consultato un cardiologo.

2.6 Sincope di origine incerta

Singolo evento

se gli accertamenti diagnostici approfonditi (cardiologici, neurologici) non evidenziano nessuna causa, allora per i livelli di requisiti 1, 2 e 3 (capimovimento unicamente se lavorano da soli):

Non idoneità per 1 anno

Una volta scaduto questo termine la persona interessata va sottoposta a una nuova valutazione da parte del medico di fiducia. In assenza di indizi di ulteriori eventi e di referti rilevanti ai fini dell'idoneità alla guida, l'interessato può essere dichiarato nuovamente idoneo. Se la situazione risulta chiaramente non problematica dal punto di vista neurologico o cardiologico (ad es. forte indizio di sincope vasovagale non legata allo stare seduti) è possibile ridurre il suddetto termine, d'intesa con il Servizio di medicina.

Secondo evento

eccetto ripetuta sincope vasovagale non problematica

non idoneità (livelli di requisiti 1, 2 e 3 (3 solo per capimovimento che lavorano da soli)

3 Parte: Malattie neurologiche

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame:

Non idoneità in caso di:

- limitazioni cognitive e demenza;
- diminuzione delle facoltà intellettive;
- malattia progressiva del sistema nervoso;
- epilessia;
- situazione post infarto cerebrale o attacco ischemico transitorio;
- sclerosi multipla;
- Parkinson;
- altre affezioni con disfunzione cerebrale;
- gravi lesioni alla testa o operazioni endocraniche (rischio d'epilessia);
- lesioni del midollo spinale o di nervi periferici con disfunzioni neurologiche tali da compromettere l'idoneità.

Esame periodico e esame straordinario

A norma della Direttiva concernente gli esami di idoneità medica, le affezioni parossistiche (epilessie) e altre malattie o danni del sistema nervoso centrale o periferico con limitazioni rilevanti delle funzioni e/o pericolo di un acuto peggioramento comportano la non idoneità della persona esaminata. Per la valutazione di eventuali eccezioni raccomandiamo di considerare, come ausilio, i punti elencati qui di seguito.

Nei casi neurologici va richiesto, di regola, anche un **esame di idoneità di psicologia del traffico**.

3.1 Epilessia

Livello di requisiti 1:

Non idoneità

Dopo una crisi epilettica isolata (provocata o spontanea, in caso di referti neurologici non sospetti) le persone con funzioni rilevanti per la sicurezza del livello di requisiti 1 non sono idonee a svolgere la loro attività. L'idoneità può tuttavia essere (nuovamente) attestata in assenza di crisi epilettiche per almeno 5 anni. Tale termine può essere ridotto qualora una corrispondente perizia neurologica attesti l'assenza di epilessia. L'idoneità può essere nuovamente attestata a condizione che vi sia una perizia neurologica in tal senso e che sia effettuato periodicamente un esame neurologico (attestati del decorso).

Livello di requisiti 2:

Non idoneità

Dopo una crisi epilettica isolata (provocata o spontanea, in caso di reperti neurologici non sospetti) le persone con funzioni rilevanti per la sicurezza del livello di requisiti 2 non sono idonee a svolgere la loro attività. L'idoneità può essere (nuovamente) attestata in assenza di crisi epilettiche per 2 anni (o anche meno se la diagnosi dell'epilessia non viene confermata) e a condizione che vi sia una perizia neurologica in tal senso e che sia effettuato periodicamente un esame neurologico (attestati del decorso).

Livello di requisiti 3:

Non idoneità

Dopo una crisi epilettica isolata (provocata o spontanea) le persone con funzioni rilevanti per la sicurezza del livello di requisiti 3 non sono idonee a svolgere la loro attività. Dopo una crisi epilettica isolata e spontanea, l'idoneità può essere nuovamente attestata in assenza di crisi epilettiche per almeno 6 mesi. Dopo una crisi epilettica isolata e provocata, p.es. da mancanza di sonno, febbre, medicinali proconvulsivi o, come evento precoce, nella prima settimana dopo un trauma o un'operazione, l'idoneità può essere nuovamente attestata se la persona interessata non soffre di crisi epilettiche per almeno 3 mesi. Dopo una crisi epilettica isolata, spontanea o provocata, l'idoneità viene nuovamente attestata a condizione che vi sia una perizia neurologica in tal senso e che sia effettuato periodicamente un esame neurologico (attestati del decorso).

3.1.2 Epilessia manifesta

Livelli di requisiti 1 e 2

Non idoneità

Le persone che svolgono funzioni rilevanti per la sicurezza dei livelli di requisiti 1 e 2, che sviluppino un'epilessia manifesta, non sono idonei allo svolgimento della loro attività. Se la persona interessata non soffre di crisi epilettiche da oltre 10 anni e non assume più antiepilettici da almeno 5 anni, l'idoneità può essere nuovamente attestata a condizione che il neurologo competente confermi un rischio di crisi epilettica corrispondente a quello medio della popolazione.

Livello di requisiti 3

Non idoneità

Le persone che svolgono funzioni rilevanti per la sicurezza del livello di requisiti 3, che sviluppino un'epilessia manifesta, non sono idonei allo svolgimento della loro attività. Se la persona interessata non soffre di crisi epilettiche da almeno 1 anno, l'idoneità con riserva (con o senza antiepilettici) può essere (nuovamente) attestata a condizione che vi sia una perizia neurologica in tal senso e che sia effettuato periodicamente un esame neurologico (attestati del decorso).

3.2 Lesioni alla testa o operazioni al cervello

Casi lievi: leggera commozione cerebrale (perdita di coscienza o amnesia < 30 min.) senza danni permanenti, dopo la convalescenza:

Idoneità

Compromissioni cerebrali persistenti o crisi convulsive nonché casi più gravi (perdita di coscienza o amnesia > 24h, ematoma subdurale, contusio cerebrali):

Non idoneità

Anche in caso di restitutio ad integrum di lesioni cerebrali e assenza di crisi, una nuova valutazione dell'idoneità per persone del **livello di requisiti 1** può essere effettuata al più presto dopo ½ anno. Nel frattempo, tali collaboratori non possono esercitare l'attività di guida, poiché, nonostante la remissione completa, dopo una lesione cerebrale sussiste di principio una maggiore predisposizione a una crisi convulsiva. La condizione per un nuovo attestato d'idoneità è una perizia neurologica.

Per le persone dei **livelli di requisiti 2 e 3**, in caso di restitutio ad integrum di lesioni cerebrali e assenza di crisi, può essere considerata un'idoneità al servizio già dopo 3 mesi.

3.3 Malattie cerebrovascolari / ictus Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Non idoneità

Queste patologie escludono, per rischio d'ischemia o emorragia, lo svolgimento di un'attività rilevante per la sicurezza **nei livelli di requisiti 1, 2 e 3**.

Dopo un **attacco ischemico transitorio (AIT)** sussiste un elevato rischio di recidiva e un maggiore rischio di apoplezia cerebrale (ca. 5% l'anno), nonché di eventi cardiovascolari. Inoltre, anche dopo la regressione dei sintomi possono rimanere lievi limitazioni.

Aneurisma o malformazione arteriovenosa: dopo un'emorragia subaracnoidea spontanea in seguito ad aneurisma o malformazione arteriovenosa sopratentoriale sussiste un elevato rischio d'epilessia. La terapia chirurgica di un aneurisma mediante craniotomia comporta un ulteriore aumento del rischio d'epilessia.

Se le condizioni sono migliorate e rimangono stabili per un periodo prolungato d'osservazione (almeno 1 anno) e se il rischio di un nuovo evento cerebrovascolare corrisponde, sulla scorta di un accertamento neurologico, a quello medio della popolazione, l'idoneità può essere nuovamente attestata.

Se si tratta di una malformazione arteriovenosa constatata casualmente, che non è rotta e non presenta né profondo coinvolgimento del tronco encefalico né profondo drenaggio venoso, l'interessato può continuare ad essere considerato idoneo.

Gli aneurismi infratentoriali non presentano un maggiore rischio d'epilessia. L'idoneità può essere nuovamente attestata dopo un trattamento efficace e una completa convalescenza senza segni di disfunzioni.

3.4 Neoplasie cerebrali

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Non idoneità

I tumori intracerebrali, benigni o maligni, possono essere associati a disfunzioni focali o comportare attacchi epilettici. La diagnosi di un tumore intracerebrale comporta la non idoneità.

In caso di neoplasie extracerebrali, è possibile eventualmente effettuare una nuova valutazione dopo la terapia chirurgica e il termine della convalescenza (cfr. parte 9). In tal caso, in base a una perizia neurologica, il rischio d'epilessia deve corrispondere a quello medio della popolazione.

3.5 Malattie neurodegenerative

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

a) Parkinson:

Idoneità con riserva

Allo stadio iniziale e sotto controllo terapeutico, questa malattia è compatibile con un'idoneità al servizio, poiché la maggior parte dei disturbi extrapiramidali presentano un decorso prolungato. Dev'essere posta la condizione di effettuare regolari visite successive (annuali o semestrali, in funzione del decorso) con verifica dell'idoneità alla guida. In presenza di sintomi di insufficienza cognitiva dev'essere attestata la non idoneità al servizio.

b) Demenza (in particolare Alzheimer, demenza multiinfartuale):

Non idoneità

In caso di demenza sussiste da un lato il rischio di una ridotta prestazione reattiva e di carente funzione sensoriale, dall'altro di alterazioni della personalità con deficit di discernimento e di facoltà critica. Cfr. la parte malattie psichiatriche (disturbi psichici con cause organiche).

3.6 Sclerosi multipla

Livello di requisiti 1:

Non idoneità in caso di diagnosi accertata

In casi eccezionali, può essere dichiarata un'idoneità con riserva (costante assistenza medica specializzata ed esame semestrale dell'idoneità) per persone in remissione e che hanno recuperato il loro normale livello di prestazione. Se si tratta di una prima manifestazione con nevrite retrobulbare completamente guarita, la persona interessata dev'essere sottoposta a un controllo del campo visivo e della percezione cromatica. Tutti i casi sospetti di SM devono essere mantenuti costantemente sotto controllo.

Livelli di requisiti 2 e 3:

Idoneità con riserva

Tutti i casi sospetti di SM devono essere mantenuti costantemente sotto controllo, come pure le persone in remissione che hanno riacquisito la loro normale capacità. In caso di evidente progressione, l'idoneità alla guida non può più essere attestata. Se si tratta di una prima manifestazione con nevrite retrobulbare completamente guarita, la persona interessata dev'essere sottoposta a un controllo del campo visivo e della percezione cromatica.

3.7 Sindrome di Menière e altri casi di vertigini ricorrenti

Livelli di requisiti 1, 2 e 3:

Non idoneità

L'idoneità può essere attestata solo se uno specialista ORL conferma con certezza che la patologia è non più attiva. Per il livello di requisiti 3 il margine di apprezzamento è più ampio.

3.8 Sindrome delle apnee notturne (da apnea del sonno)

Vedi parte 10.4

3.9 Narcolessia

Livelli di requisiti 1, 2 e 3:

Non idoneità

Gli attacchi periodici di sonno incontrollabile comportano necessariamente la non idoneità. L'idoneità può essere nuovamente attestata alle stesse condizioni valide per l'epilessia (cfr. sezione A)

3.10 Sincope di origine incerta

Vedi parte 2.6

4 Parte: Malattie psichiatriche

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame

Se durante l'anamnesi emergono indizi di una malattia psichiatrica della quale non si può escludere una ricaduta o un aggravamento o se in occasione dell'esame medico si costatano sintomi sospetti, l'idoneità non può essere attestata.

In particolare, occorre considerare le patologie seguenti:

- disturbi psichici con cause organiche,
- disturbi psichici e disturbi comportamentali indotti da sostanze psicotrope,
- schizofrenia, disturbi schizotipici e deliranti,
- disturbi affettivi,
- disturbi nevrotici, da stress o somatoformi come disturbi d'ansia e di panico,
- disturbi della personalità e del comportamento,
- diminuzione dell'intelligenza,
- disturbi dello sviluppo,
- disturbi del comportamento ed emozionali con inizio in gioventù.

Esame periodico e esame straordinario

Per la decisione raccomandiamo di considerare i punti esposti qui di seguito.

4.1 Turbe affettive (unipolare, disturbo depressivo)

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

a) Gravi disturbi depressivi

L'idoneità non è data fino alla regressione dei sintomi.

In seguito, su perizia psichiatrica, può essere pronunciata un'idoneità con riserva con controlli successivi semestrali. Dopo la comparsa di diverse gravi fasi depressive, deve essere attestata la non idoneità.

b) Leggeri disturbi depressivi

Idoneità con riserva con periodica valutazione successiva

In casi leggeri di depressione senza assunzione di farmaci o con assunzione di farmaci senza effetti collaterali sulla memoria, sul tempo di reazione o la vigilanza, l'idoneità può essere attestata a condizione che il paziente rimanga costantemente in cura e sotto controllo medico e che sia effettuata una perizia successiva annuale (in casi motivati semestrale).

Principio da applicare: ogni caso va valutato individualmente. Molti casi di depressione sono di natura passeggera e sono dovuti ad una grave reazione da stress, come in caso di problemi familiari o di un decesso improvviso. Ciò comporta una non idoneità solo temporanea.

4.2 Disturbi maniaco-depressivi

Livello di requisiti 1:

Non idoneità

In caso di disturbo lieve e di prima manifestazione della malattia, è possibile attestare in seguito un'idoneità con riserva con perizia successiva semestrale. Dopo una forma grave e prolungata di tale disturbo occorre attestare la non idoneità permanente. In caso di depressioni gravi, per esempio con sintomi depressivo-deliranti, depressivo-stuporosi o con acuta tendenza al suicidio nonché in tutte le fasi maniacali (di qualunque grado di gravità), le facoltà psichiche necessarie sono ridotte a tal punto che sussiste un elevato rischio di comportamento inadeguato. La mania è particolarmente caratterizzata da un comportamento a rischio in vari ambiti della vita quotidiana.

Livelli di requisiti 2 e 3

Di regola non idoneità

In caso di disturbo lieve e di prima manifestazione della malattia, è possibile attestare in seguito un'idoneità con riserva con perizia successiva semestrale. Dopo una forma grave di tale disturbo è possibile attestare l'idoneità con riserva (con almeno un controllo successivo l'anno), a condizione che l'interessato sia privo di sintomi da tre anni (livello di requisiti 3: un anno) senza assumere farmaci e che la diagnosi sia confermata da una perizia psichiatrica. Ciò è possibile anche se, in assenza di sintomi, i farmaci assunti non hanno effetti collaterali sulla memoria, il tempo di reazione e la vigilanza.

4.3 Disturbi nevrotici, da stress e somatoformi

- Disturbi d'ansia
- Disturbi di panico
- Disturbi ossessivo-compulsivi
- Disturbi dissociativi [disturbi di conversione] e altri

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

a) Disturbi gravi

Non idoneità

L'idoneità non può essere attestata in caso di ripetute ricadute o di decorso cronico. La malattia stessa e la sua cura con ansiolitici possono aumentare il rischio di riduzione della capacità reattiva e della vigilanza.

b) Disturbi lievi

Idoneità con riserva

Idoneità con riserva, se il collaboratore può fare a meno di farmaci o se, pur assumendoli, non presenta importanti effetti collaterali relativi alla capacità di reazione e alla vigilanza; la decisione deve essere confermata da perizia psichiatrica e devono essere effettuate perizie successive di medicina del traffico a scadenza annuale (in casi motivati semestrale).

4.4 Schizofrenia, disturbi schizotipici e deliranti

Livelli di requisiti 1, 2 e 3:

Non idoneità

Con il termine di schizofrenia si designa un gruppo di psicosi di diverso grado di gravità, con varie sindromi e decorsi eterogenei. Il denominatore comune delle schizofrenie consiste nel fatto che tutte le funzioni psichiche possono essere compromesse (non solo il pensiero), che la funzione dell'io è particolarmente disturbata e che possono essere pregiudicate le relazioni con la realtà. Nel decorso compaiono spesso e ripetutamente patologie acute. Questi episodi psicotici possono guarire oppure passare in una remissione parziale o in stati residuali. Le manifestazioni morbose psicotiche gravi possono alterare profondamente il giudizio di una persona sulla realtà. Il disturbo di percezione corporea di tipo psicotico può assorbire l'attenzione e diminuire la capacità di prestazione. A ciò si aggiungono i deficit dell'impulso e della concentrazione. Siffatti disturbi psicotici possono quindi comportare prestazioni inadeguate e rendere insufficiente il livello generale delle prestazioni.

4.5 Disturbi psichici con cause organiche

- Demenza (di eziologia vascolare, morbo di Alzheimer o nel quadro di altre patologie)
- Sindromi psico-organiche in seguito a AIDS o alla malattia di Creutzfeld-Jacob
- Psicosi da droghe
- Sindrome amnestica (sindrome di Korsakov)
- Psicosi in seguito a patologie cerebrali (p. es. tumori)

Livello di requisiti 1:

Non idoneità

In singoli casi, può eventualmente essere attestata l'idoneità con riserva in presenza di un disturbo leggero (p. es. posttraumatico) senza rilevanza per la guida di veicoli motore e senza rischio di peggioramento. Tale decisione deve essere presa in base ad una perizia medica specialistica (psichiatrica) completata da un esame supplementare neuropsicologico. Inoltre, sono da predisporre regolari controlli successivi.

Livelli di requisiti 2 e 3:

Non idoneità

In singoli casi, può eventualmente essere attestata l'idoneità con riserva (necessità di regolari controlli successivi) in presenza di un disturbo leggero (p. es. posttraumatico) non significativo ai fini di un'attività rilevante per la sicurezza e senza rischio di peggioramento. Tale decisione deve essere presa in base ad una perizia medica specialistica (psichiatrica), eventualmente completata da un esame supplementare neuropsicologico. Inoltre, sono da predisporre regolari controlli successivi.

Una nuova valutazione dell'idoneità è possibile se i sintomi della psicosi sono completamente scomparsi e se è stata accertata la patogenesi. L'idoneità con riserva al servizio può essere nuovamente attestata a condizione che non si riscontrino più sintomi residuali della psicosi e che non sussista una sindrome psico-organica cronica rilevante.

Di regola occorre eseguire controlli successivi a intervalli fissi.

5 Parte: Malattie da dipendenza

Regola generale

Se vi sono indizi di un abuso di sostanze psicotrope come alcol, stupefacenti e psicofarmaci, la persona interessata è considerata provvisoriamente non idonea. Tale regola si applica anche in caso di segnalazioni in tal senso da parte di testimoni o superiori.

Esami di laboratorio

Se un test antidroga rapido effettuato su un campione di urina risulta positivo a sostanze come cannabinoidi, cocaina, oppiati, amfetamine, benzodiazepine e la persona interessata dichiara di non aver fatto uso di stupefacenti, occorre procedere, prima dell'emanazione della decisione sull'idoneità, a una seconda analisi relativa alla sostanza riscontrata, da compiere sullo stesso campione di urina mediante gascromatografia. La stessa regola si applica se l'interessato dichiara di aver assunto medicinali (in particolare antistaminici e sostanze che contengono codeina). La seconda analisi serve a precisare la sostanza. Qualora per motivi giuridici fosse necessario stabilire se in un dato momento sussisteva incapacità di guida dovuta a consumo di stupefacenti, occorre procedere alla relativa analisi del sangue. Un'analisi del sangue è indicata anche in caso di comprovato consumo di canapa, per determinare se si tratta di consumo occasionale o intenso e regolare (vedi in basso).

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame

Se sussistono gli elementi per poter ritenere con certezza che si tratta di un caso di abuso di sostanze psicotrope come alcol, stupefacenti (per la canapa v. sotto) e psicofarmaci, la persona interessata è considerata *non idonea*.

Nell'eventualità di dipendenze nel passato, bisogna esaminare la situazione caso per caso. Una decisione d'idoneità può entrare in linea di conto unicamente in presenza di astinenze prolungate (> 3 anni, livello di requisiti 3: un anno).

Eccezione Cannabis

Visto il ridotto rischio di dipendenza, si raccomanda di seguire la procedura riportata in basso per accertare l'idoneità. Definita per evitare una disparità di trattamento ingiustificata del consumo di cannabis rispetto al consumo di alcol (tollerato entro limiti ben precisi), essa serve in particolare a stabilire se l'interessato fa regolarmente uso di canapa (consumatore abituale), nel qual caso è da considerare non idoneo alla guida, o se si tratta di un consumatore occasionale, da ritenere quindi in grado di astenersi da un consumo critico ai fini della sicurezza.

Nella prassi, il primo esame si articola in due fasi. Dapprima si effettua un prelievo di urina per eseguire un test rapido. Se il test risulta positivo alla canapa e l'interessato dichiara di non farne regolarmente uso, si procede subito a un prelievo di sangue per chiarire le modalità del consumo. Attualmente il sangue, opportunamente analizzato, è il liquido corporeo che fornisce le indicazioni più attendibili circa il momento, la quantità e la frequenza del consumo di canapa. Se la seconda analisi gascromatografica conferma il consumo, il campione di sangue viene inviato a un laboratorio accreditato, dove si misura la concentrazione di THC e del metabolita principale inattivo carbossi-THC. Per valutare se si tratta di un consumatore abituale o occasionale viene considerata soprattutto la concentrazione di carbossi-THC nel sangue intero. Se il valore è superiore a 40 µg/l (> 65 µg/l nel siero) l'interessato è da ritenere un consumatore abituale.

Decisione sull'idoneità per consumatori occasionali: idoneo (nel modulo 2b va annotato: consumatore occasionale di canapa; se del caso si può concordare con l'impresa l'esecuzione di test antidroga senza preavviso sull'arco di sei mesi).

CBD (cannabidiolo)

Nel settore ferroviario non è consentito il consumo di prodotti al CBD (p. es. sigarette o gocce al CBD) durante l'attività di guida o un'attività rilevante per la sicurezza. Il consumo di questi succedanei del tabacco può anche comportare il superamento del valore limite di THC nel sangue (1,5 microgrammi di THC su un litro di sangue, art. 23 lett. a della direttiva dell'UFT «Accertamento dell'incapacità di prestare servizio nel settore ferroviario conformemente alle disposizioni dell'OASF»).

5.1 Abuso di alcol e dipendenza dall'alcol

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Esami periodici e straordinari

Non idoneità

Abuso di alcol rilevante per il traffico

Vi è abuso di alcol rilevante per il traffico se non si è in grado di separare con la dovuta sicurezza la guida di un veicolo motore e un consumo di alcol tale da compromettere l'attitudine alla guida. La stessa regola si applica allo svolgimento di altre funzioni rilevanti per la sicurezza nell'ambito del traffico ferroviario. In caso di problemi con l'alcol, la valutazione dell'idoneità non si fonda quindi esclusivamente sulla dimostrazione di uno stato di dipendenza.

Dipendenza dall'alcol

La diagnosi di dipendenza dall'alcol viene posta se sono adempiuti almeno tre dei seguenti criteri:

- forte desiderio o compulsione a consumare alcol;
- ridotta capacità di controllarsi circa l'inizio, il termine e la misura del consumo;
- sindrome da disassuefazione in caso di cessazione o riduzione del consumo (sintomi di disassuefazione specifici alla sostanza consumata o assunzione della stessa sostanza o di una sostanza affine per attenuare o prevenire i sintomi);
- sviluppo comprovato di uno stato di tolleranza;
- consumo della sostanza trascurando altre attività o interessi e incremento del tempo impiegato per procurarsi la sostanza, consumarla o recuperare dai suoi effetti;
- perseveranza nel consumo della sostanza nonostante l'attestata presenza di evidenti effetti nocivi.

Riacquisizione dell'idoneità dopo problemi con l'alcol

Abuso di alcol rilevante per il traffico

Ai fini della riacquisizione dell'idoneità, per il livello di requisiti 1 (conducenti di veicoli motore soggetti all'obbligo di licenza) la persona interessata deve dimostrare che per 6 mesi non ha consumato alcol prima di guidare (etilglucuronide [EtG] nel capello < 30 pg/mg). Deve sottoporsi a un test per EtG all'inizio del suddetto periodo, dopo 3 mesi e al termine del periodo. Se dopo 3 mesi il valore è in netto calo, si può prendere in considerazione una ripresa dell'attività di guida già dopo 3 mesi, a condizione che la valutazione globale risulti positiva. L'interessato può essere dichiarato idoneo alla guida con riserva a condizione che continui a sottoporsi al test del capello per EtG ogni 6 mesi e che dai referti non risultino più segni di abuso di alcol. Può svolgere l'attività rilevante per la sicurezza solo se presenta un tasso alcolemico dello 0,0 per mille; gli è invece consentito un consumo di alcol socialmente accettabile, ossia al di fuori degli orari di lavoro e moderato. Tali condizioni vanno stabilite in

un contratto scritto della durata di almeno due anni.

I conducenti di veicoli motore non soggetti all'obbligo di licenza e le persone che svolgono altre funzioni rilevanti per la sicurezza dei livelli di requisiti 2 e 3 devono dimostrare un'astinenza dall'alcol di due mesi (eccetto per il consumo di alcol socialmente accettabile) confermata da controlli di laboratorio svolti a intervalli irregolari, dopodiché è possibile attestare un'idoneità con riserva a condizione che la persona continui a sottoporsi a esami di laboratorio. Tale condizione va stabilita in un contratto scritto della durata di almeno un anno.

Dipendenza dall'alcol

Dopo un anno di attestata astinenza dall'alcol e la dimostrazione di aver portato a termine con successo una terapia di disintossicazione (in regime di ricovero o ambulatorialmente presso istituzioni per persone affette da dipendenze), si può procedere a un nuovo esame dell'idoneità, comprendente un test del capello per EtG (valore soglia: max. 7 pg/mg) e un controllo da parte del medico di fiducia. Nei casi particolarmente favorevoli e di ottima collaborazione (il problema è stato riconosciuto e l'interessato e l'impresa cooperano strettamente con il medico di fiducia), il riesame dell'idoneità può avvenire già dopo sei mesi.

L'idoneità può essere riconsiderata una volta attestata un'astinenza durevole. Le persone interessate devono farsi seguire da un servizio di consulenza (servizio di consulenza in materia di dipendenze, servizio sociale, psicologo, psichiatra, medico di famiglia) e per 2 anni (1 anno per il livello di requisiti 3) sottoporsi a un test del capello per EtG ogni 6 mesi. Inoltre, devono sottoporsi a valutazioni dell'idoneità annuali (semestrali in casi motivati) da parte del medico di fiducia. Tali condizioni vanno stabilite per contratto scritto (anche un periodo di astinenza dall'alcol di un anno non è una garanzia per un successo durevole della terapia, benché durante il primo anno si registrino i tassi di ricaduta più elevati).

Un trattamento con sostanze avversative (p.es. disulfiram) non è un motivo per negare alla persona interessata la possibilità di essere riconsiderata idonea. La terapia deve tuttavia essere iniziata con largo anticipo sulla ripresa del lavoro a causa del rischio di effetti collaterali (p.es. stanchezza).

5.2 Abuso di stupefacenti e dipendenza da stupefacenti

Abuso di stupefacenti (cannabis)

Si applica la stessa procedura prevista per il primo esame.

Dipendenza da stupefacenti

Non idoneità

La diagnosi di dipendenza da stupefacenti viene posta se sono adempiuti almeno tre dei seguenti criteri:

- forte desiderio o compulsione a consumare sostanze stupefacenti psicotrope;
- ridotta capacità di controllarsi circa l'inizio, il termine e la misura del consumo;
- sindrome da disassuefazione in caso di cessazione o riduzione del consumo (sintomi di disassuefazione specifici alla sostanza consumata o assunzione della stessa sostanza o di una sostanza affine per attenuare o prevenire i sintomi);
- sviluppo comprovato di uno stato di tolleranza;
- consumo della sostanza trascurando altre attività o interessi e incremento del tempo impiegato per procurarsi la sostanza, consumarla o recuperare dai suoi effetti;

- perseveranza nel consumo della sostanza nonostante l'attestata presenza di evidenti effetti nocivi.

Riacquisizione dell'idoneità dopo problemi con stupefacenti

Dopo un anno di attestata astinenza dal consumo di stupefacenti e la dimostrazione di aver portato a termine con successo una terapia di disintossicazione (in regime di ricovero o ambulatorialmente presso istituzioni per persone affette da dipendenze), si può procedere a una nuova valutazione dell'idoneità. L'idoneità è considerata ripristinata una volta attestata un'astinenza durevole e a condizione che la persona interessata si sottoponga a periodici controlli medici e a valutazioni dell'idoneità annuali (semestrali in casi motivati) da parte del medico di fiducia. Tali condizioni vanno stabilite per contratto scritto.

Sostituzione / terapia

- Sostituzione con metadone: *non idoneità*
- Terapia con naltrexone: *non idoneità*

5.3 Altre sostanze psicotrope

Occorre valutare con cura i casi in cui alla persona interessata è stata prescritta una terapia farmacologica che può avere effetti sulla vigilanza e sulle funzioni cognitive e/o motorie (v. parte 6: farmaci).

Procedura in caso di consumo di cannabis (THC)

Genere di esame	THC nell'urina (screening)	Carbossi/ THC	Decisione	Osservazioni
Primo esame	positivo	positivo ¹⁾	non idoneità	L'impresa può prendere in considerazione un'idoneità condizionata all'esecuzione di controlli dell'urina (CU).
Livelli di requisiti 1, 2 e 3	positivo	negativo	idoneità; la positività al THC è comunicata all'impresa	Su richiesta dell'impresa: CU per almeno 6 mesi ²⁾
Esame periodico Livello di requisiti 1	positivo	positivo ¹⁾	non idoneità per 6 mesi	CU per almeno 6 mesi ²⁾
	positivo	negativo	idoneità; la positività al THC è comunicata all'impresa	Su richiesta dell'impresa: CU per almeno 6 mesi ²⁾
Livello di requisiti 2 e 3	positivo	positivo ¹⁾	non idoneità, per 3 mesi	CU per almeno 3 mesi ²⁾
	positivo	negativo	idoneità; la positività al THC è comunicata all'impresa	Su richiesta dell'impresa: CU per almeno 3 mesi ²⁾

¹⁾ THC-COOH > 40 µg/l nel sangue intero o > 64 µg/l nel siero

²⁾ Se il consumo viene contestato, si procede a una controanalisi gascromatografica. Se anche quest'ultima risulta positiva, l'interessato è dichiarato non idoneo.

6 Parte: Farmaci

Osservazioni generali

In generale, nella fase iniziale di trattamenti con farmaci s'impone un controllo medico particolarmente accurato. Anche la fase successiva della terapia deve essere seguita da un medico; se del caso, ciò deve essere verificato ad intervalli adeguati.

Almeno 24 ore prima dell'inizio del lavoro e durante il servizio non possono essere assunti psicofarmaci (eccezione: benzodiazepine ad azione breve, vedi sotto). I farmaci senza effetti negativi sull'idoneità alla guida vanno provati almeno un giorno prima dell'inizio del servizio per riconoscere eventuali reazioni individuali indesiderate o impreviste.

È necessario valutare individualmente l'idoneità alla guida in seguito all'assunzione di farmaci. In singoli casi, la patologia di base determina già la non idoneità alla guida. In casi dubbi s'impone una perizia di psicologia del traffico.

Se il medico curante prescrive una medicazione psicotropa, le persone con un'attività rilevante per la sicurezza sono tenute a informare il medico di fiducia competente affinché possa valutare l'idoneità alla guida.

Classificazione dei rischi delle singole sostanze: DRUID Review of existing classification efforts ovvero DRUID Classification of medicinal drugs and driving: Co-ordination and synthesis report.

6.1 Psicofarmaci

Primo esame

Non idoneità in caso di abuso di sostanze psicotrope

6.1.1 Benzodiazepine

Esami periodici e straordinari

Ad azione breve: Flurazepam, Midazolam, Triazolam, Lormetazepam, Temazezam
Zolpidem

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Idoneità con riserva

Queste sostanze vengono utilizzate come sonniferi a breve durata d'azione. Dopo essere state assunte, possono provocare un'amnesia. Dopo l'assunzione del farmaco la persona può essere svegliata, ma in seguito può non ricordarsi più delle proprie azioni. Tra l'assunzione del farmaco e l'inizio del servizio devono trascorrere almeno 8 ore. Tali farmaci possono essere assunti solo in piccole dosi e sotto sorveglianza medica. Gli interessati devono già avere sperimentato il farmaco e conoscerne gli effetti, compresi quelli collaterali.

Ad azione media e prolungata: Oxazepam, Lorazepam, Bromazepam, Flunitrazepam,
Nitrazepam

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Non idoneità in caso di consumo prolungato

In caso di uso limitato nel tempo può essere dichiarata un'idoneità con riserva (controlli regolari dal medico di famiglia), se le esperienze fatte con il farmaco da parte delle persone interessate e del rispettivo medico curante non hanno evidenziato sostanziali compromissioni delle attività rilevanti per la sicurezza.

6.1.2 Barbiturici

Esami periodici e straordinari

Livello di requisiti 1:

Non idoneità

A causa dell'emivita prolungata sussiste il rischio di un accumulo con effetti negativi sui sistemi delle funzioni psicomotorie.

Livelli di requisiti 2 e 3:

Di regola non idoneità

In casi eccezionali può essere dichiarata un'idoneità con riserva, se le esperienze fatte con il farmaco da parte delle persone interessate e del rispettivo medico curante non hanno evidenziato sostanziali compromissioni delle attività rilevanti per la sicurezza.

6.1.3 Neurolettici

Esami periodici e straordinari

Livello di requisiti 1:

Di regola non idoneità

Nella maggior parte dei casi la malattia di base determina già la non idoneità alla guida. Se così non fosse, in casi eccezionali e con una relativa perizia del medico specialista, può essere dichiarata un'idoneità con riserva (regolari controlli medici, controlli successivi annuali da parte del medico di fiducia).

Livelli di requisiti 2 e 3:

Di regola non idoneità

In casi eccezionali può essere dichiarata un'idoneità con riserva, se le esperienze fatte con il farmaco da parte delle persone interessate e del rispettivo medico curante non hanno evidenziato sostanziali compromissioni delle attività rilevanti per la sicurezza.

6.1.4 Antidepressivi

Esami periodici e straordinari

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Idoneità con riserva

La terapia dev'essere iniziata diverse settimane prima dell'avvio del servizio e gli interessati devono conoscere gli effetti del farmaco, compresi quelli collaterali. Nella maggior parte dei casi la malattia di base determina già la non idoneità alla guida. In casi di depressione leggera trattata con farmaci senza effetti collaterali su memoria, tempo di reazione e vigilanza può essere dichiarata un'idoneità soggetta alla condizione di un'assistenza e un controllo medico costante, nonché di una perizia successiva annuale (in casi motivati semestrale) (vedi parte 6: malattie psichiatriche).

6.1.5 Bupropione, Vareniclin Tartrat

Esami periodici e straordinari

Idoneità con riserva

La terapia con bupropione dev'essere iniziata due settimane prima dell'avvio del servizio e il paziente deve conoscere gli effetti del farmaco, compresi quelli collaterali. Il bupropione è un inibitore ad effetto centrale della ricaptazione della noradrenalina/dopamina. Vareniclin ha un'azione sia stimolante che inibitoria sui recettori nicotinici neuronali per l'acetilcolina (nAChR). Le due sostanze vengono impiegate per la disassuefazione dal fumo. La cessazione del fumo è spesso accompagnata da sintomi di astinenza da nicotina come per es. agitazione, insonnia e tremore. Vanno considerati in particolare i seguenti effetti collaterali: stati d'ansia, agitazione, confusione, insonnia, disturbi della concentrazione, cefalea, vertigini. Nel caso del bupropione sussiste un accresciuto rischio di episodi convulsivi. Inoltre possono manifestarsi disturbi della vista. L'assunzione di Vareniclin può indurre anche sonnolenza.

6.1.6 Psicostimolanti (metilfenidato e altri)

Esami periodici e straordinari

L'assunzione di metilfenidato (p.es. Ritalin®) o psicostimolanti simili a seguito di sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) non comporta di per sé una non idoneità. L'esperienza insegna infatti che tali farmaci, assunti nelle dosi prescritte e in forma adeguata, hanno un effetto positivo sulla capacità di guida.

Tuttavia, per i candidati (primo esame) la diagnosi di ADHD implica di regola una decisione di non idoneità. Se sussistono dubbi, la decisione deve basarsi su una perizia di psicologia del traffico; ciò vale anche per le persone impiegate da lungo tempo nell'ambito della circolazione, se da parte loro viene constatata per la prima volta l'assunzione di metilfenidato. Se del caso, l'assunzione del farmaco deve essere obbligatoriamente prescritta per l'impiego in funzioni rilevanti per la sicurezza.

6.2 Antiepilettici

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Di regola non idoneità

Possono provocare una limitazione delle funzioni nervose centrali e sedazione. La malattia di base determina già la non idoneità alla guida (cfr. parte 3 Malattie neurologiche). In caso d'assunzione di tali farmaci per altre indicazioni (per es. emicrania) è eventualmente possibile un'idoneità con riserva, se le esperienze fatte con il farmaco da parte della persona interessata e del medico curante non hanno evidenziato sostanziali compromissioni delle attività rilevanti per la sicurezza.

6.3 Antidiabetici

Vedi parte 1: diabete mellito

6.4 Antipertensivi

Vedi parte 2: malattie cardiovascolari

6.5 Antiaritmici

Vedi parte 2: malattie cardiovascolari

6.6 Antistaminici

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

- a) Ad effetto centrale (antistaminici di 1^a generazione) come clemastina o chetotifene:
Non idoneità
- b) Antagonisti selettivi H₁ (antistaminici di 2^a generazione), di preferenza privi di effetto centrale, in particolare bilastina e fexofenadina:

Idoneità, a condizione che gli interessati conoscano esattamente l'effetto del nuovo farmaco e che non sia stato osservato alcun effetto pregiudizievole per la sicurezza della guida.

6.7 Analgesici

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

- a) Oppiacei, oppioidi, codeina
Non idoneità
- b) Salicilati, propifenazone, paracetamolo, antireumatici come ibuprofene, diclofenac e naproxene
Idoneità

Gli analgesici e gli antireumatici hanno in generale un'influenza positiva sull'idoneità alla guida, in quanto la concentrazione durante la guida può essere fortemente distratta dal dolore. Sono rischiosi i preparati misti con barbiturati o codeina.

6.8 Altri farmaci

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

- a) Collirio (ad effetto dilatatorio delle pupille)
Non idoneità

- b) Anestetici
Non idoneità

Dopo un'anestesia locale (anche in seguito a cure dentarie) e dopo un'anestesia generale devono trascorrere rispettivamente 12 e 48 ore prima che sia di nuovo data l'idoneità alla guida.

- c) Anticoagulanti
Idoneità con riserva

Condizioni per l'impiego sono una buona regolazione senza eccessive oscillazioni, una buona collaborazione degli interessati nonché uno stretto controllo da parte del medico di famiglia. Spesso però la malattia di base determina già la non idoneità.

- d) Aspirina
L'aspirina non è problematica e non ha alcuna influenza sull'idoneità alla guida.

- e) Antibiotici, agenti antinfettivi
Idoneità, a condizione che gli interessati conoscano esattamente l'effetto del nuovo farmaco e che non sia stato osservato alcun effetto pregiudizievole per la sicurezza della guida.

Dosi elevate di farmaci antinfettivi possono causare intontimento e vertigini. Inoltre, spesso, la malattia di base è già un motivo per la temporanea non idoneità alla guida.

- f) Antitussivi (codeina)
Non idoneità

Gli antitussivi contenenti codeina sono in parte in libera vendita. In sede d'anamnesi va accertato il consumo di tali farmaci e si deve informare la persona interessata circa l'effetto sull'idoneità alla guida o al servizio.

- g) Profilassi della malaria
Idoneità

A condizione che la prima assunzione del farmaco avvenga durante giorni non lavorativi.

Gli antimalarici – in particolare la meflochina – possono causare psicosi acute, stati d'ansia e confusione.

- h) Miorilassanti
Non idoneità

I miorilassanti presentano significativi effetti sedativi. L'idoneità può essere data in casi eccezionali se gli interessati conoscono esattamente l'effetto del nuovo farmaco e se non è stato osservato alcun effetto pregiudizievole per la sicurezza della guida.

i) Farmaci antiparkinsoniani
Non idoneità

Spesso questi farmaci causano sonnolenza. Inoltre, nella maggior parte dei casi, la malattia di base determina già la non idoneità.

j) Terapia delle tossicodipendenze

Metadone
Non idoneità

Naltrexone
Non idoneità

k) Citostatici
Non idoneità

I trattamenti citostatici possono comportare un'accresciuta sonnolenza. Spesso la malattia di base determina già la non idoneità. In caso d'assunzione di tali farmaci per altre indicazioni (per es. metotrexate nelle forme reumatiche) è eventualmente possibile un'idoneità con riserva, se le esperienze fatte con il farmaco da parte delle persone interessate e del rispettivo medico curante non hanno evidenziato sostanziali compromissioni delle attività rilevanti per la sicurezza.

7 Parte: Malattie del sistema metabolico

7.1 Malattie gastrointestinali

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame

Non idoneità in caso di:

- patologie resistenti alle terapie del tratto gastroenterico con conseguenze funzionali (disturbo del transito intestinale; per es. disturbi con coliche, diarrea);
- malattie dell'esofago con disfagia e turbe delle condizioni generali;
- malattie gastroduodenali resistenti alle terapie (gastrite, ulcera, conseguenze postoperatorie come la sindrome da svuotamento rapido);
- malattie resistenti alle terapie dell'intestino tenue e crasso (morbo di Crohn, colite ulcerosa e a.);
- patologie del pancreas resistenti alle terapie;
- malattie gastrointestinali con rischio cronico o acuto di emorragia o con anemia.

Esami periodici e esami straordinari

Le malattie del tratto gastroenterico resistenti alle terapie o recidivanti con notevoli limitazioni funzionali comportano generalmente una non idoneità.

- Gastrite o ulcera gastrica/duodenale
In seguito a un'efficace terapia e con una comprovata assenza di sintomi, l'idoneità può essere nuovamente attestata. Una terapia con antacidi o inibitori della pompa protonica non comporta *una limitazione dell'idoneità*.
- Sindrome postoperatoria da svuotamento rapido (dumping syndrome)
Non idoneità
- Morbo di Crohn / colite ulcerosa
Non idoneità nello stadio acuto. In assenza di sintomi, l'idoneità può essere nuovamente valutata. La terapia con mesalazina non ha influssi negativi sull'idoneità alla guida.

7.2 Patologie epatiche

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame

Non idoneità in caso di:

- affezione acuta del fegato (fino alla completa guarigione clinica e funzionale);
- affezioni epatiche croniche con conseguenze funzionali (infettive, genetiche, tossico-nutrizionali, ecc.);
- cirrosi epatica o encefalopatia epatica;
- stato dopo trapianto del fegato (rischio di complicazioni tardive).

L'idoneità non è limitata da disordini del metabolismo della bilirubina (morbo di Meulengracht).

Esami periodici e esami straordinari

Se sussiste una patologia epatica cronica con incipiente insufficienza epatica come debolezza muscolare, spider naevi, eritema palmare, circolo collaterale (caput medusae, varici esofagee), ittero, ascite o sintomi di un'encefalopatia l'idoneità alla guida non può più essere attestata.

8 Parte: Comportamenti in caso di donazione di sangue

I centri trasfusionali svizzeri raccomandano ai donatori di sangue che svolgono professioni in cui sono confrontati con rischi elevati, di donare il sangue solo al termine dell'attività lavorativa.

Persone che devono soddisfare i requisiti del livello 1, 2 e 3 non sono autorizzate a donare il sangue prima e durante l'attività lavorativa, pause incluse. Se su richiesta del centro trasfusionale questa regola non può essere rispettata, l'impiegato potrà riprendere l'attività lavorativa solo dopo un turno di riposo, tuttavia non prima di 12 ore.

9 Parte: Malattie oncologiche

Osservazioni generali (concerne solo i livelli di requisiti 1 e 2)

Coloro che a causa di un tumore maligno si sottopongono a una terapia (intervento chirurgico, radioterapia, chemioterapia) sono da dichiarare non idonei. Anche dopo la terapia sussistono infatti rischi per la sicurezza, dovuti al pericolo di un'improvvisa incapacità funzionale provocata da un'eventuale ricaduta (a livello locale o sotto forma di metastasi). Nella medicina aeronautica si applica il concetto di rischio accettabile in riferimento al pericolo di un'improvvisa incapacità funzionale. Per i voli non accompagnati è considerato in tal senso accettabile un rischio dello 0,1 % all'anno nel traffico a titolo professionale, per i voli accompagnati uno dell'1,0 % all'anno. Nel traffico ferroviario, caratterizzato dalla presenza di appositi dispositivi di sicurezza in cabina di guida, il rischio accettabile per il livello di requisiti 1 (esame periodico) va fissato all'1,0 % all'anno, con la possibilità di dichiarare l'interessato idoneo con riserva a determinate condizioni (stato di salute stabile, presenza di una perizia oncologica).

Pericolo di ricaduta (tumore X, dopo resezione chirurgica, secondo lo stadio dopo la prima terapia) (tab. 1):

Stadio	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
1 (T1, N0)	5 %	2 %	1 %	1 %	1 %
2 (T2, N0)	15 %	10 %	7 %	5 %	3 %
3 (T1/2 N1)	30 %	20 %	15 %	10 %	5 %

Organi bersaglio di metastasi per frequenza, secondo la letteratura sulla patologia (tab.2):

Organo bersaglio	Frequenza
Locale e linfonodo	60%
Fegato	20%
Polmone	5%
Ossa	5%
Midollo osseo	0%
Cervello	10%

Rischio di un'improvvisa incapacità funzionale (tab. 3):

Organo bersaglio	Rischio di incapacità funzionale
Locale e linfonodo	1%
Fegato	5%

Polmone	5%
Ossa	5%
Midollo osseo	20%
Cervello	100%

Il rischio di un'improvvisa incapacità funzionale si calcola nel modo seguente:

- Parametri:
 - tumore X - pericolo di ricaduta, secondo lo stadio del tumore, in % (cfr. tab. 1)
- Frequenza di sviluppo di metastasi in organi specifici, quota (x/100) (cfr. tab. 2)
- rischio di incapacità funzionale dovuto a metastasi in un organo specifico, quota (x/100) (cfr. tab. 3)

Tumore X - pericolo di ricaduta (%) x incidenza di metastasi x rischio che la metastasi causi un'improvvisa incapacità funzionale = rischio di incapacità funzionale stimato

In analogia alle raccomandazioni di medicina aeronautica, per il rischio accettabile di un'improvvisa incapacità funzionale si stabiliscono i seguenti valori e prescrizioni:

- a) Primo esame:
- Livello di requisiti (LR) 1, escluse categorie (cat.) A, A40: rischio accettabile di un'improvvisa incapacità funzionale = 0,1 %
 - LR 2 e 1, cat. A, A40: rischio accettabile di un'improvvisa incapacità funzionale = 1,0 %
- b) Esame periodico:
- LR 1, escluse cat. A, A40: rischio accettabile di un'improvvisa incapacità funzionale = 1,0 %
 - LR 2 e 1, cat. A, A40: idoneità alla guida da stabilire in funzione del decorso clinico (in remissione, assenza di metastasi) e prevedendo controlli periodici.

Esempio: metastasi cerebrali (cfr. tab. 1-3):

Anno 1 / stadio 1: $5\% \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} =$ rischio di incapacità funzionale dello 0,5%

Anno 1 / stadio 2: $15\% \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} =$ rischio di incapacità funzionale dell'1,5%

Anno 1 / stadio 3: $30\% \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} =$ rischio di incapacità funzionale del 3,0%

* Tab. 1 ** Tab. 2 *** Tab. 3

Per il primo esame del livello di requisiti 1, il rischio di incapacità funzionale dello 0,5% consente solo un'idoneità con riserva; per tutte le altre categorie è ammissibile un'idoneità senza riserve. Il rischio di incapacità funzionale dell'1,5% o del 3,0% consente un'idoneità senza riserve per i livelli di requisiti 2 e 3 (esame periodico), in funzione del decorso clinico (in remissione, assenza di metastasi).

Anno 5 / stadio 1: $1\% \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} =$ rischio di incapacità funzionale dello 0,1%

Anno 5 / stadio 2: $3\% \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} =$ rischio di incapacità funzionale dello 0,3%

Anno 5 / stadio 3: $5\% \times 10/100^{**} \times 100/100^{***} =$ rischio di incapacità funzionale dello 0,5%

Dopo 5 anni il pericolo di ricaduta si riduce al punto che nello stadio 1 è ammissibile un'idoneità senza riserve per tutti i livelli di requisiti e per tutte le categorie. Negli stadi 2 e 3 invece per i candidati con livello di requisiti 1, cat. B, B100, B80, B60, resta ammissibile solo un'idoneità con riserva.

9.1 Melanoma

Una nuova idoneità senza riserve è possibile in caso di prima diagnosi senza coinvolgimento dei linfonodi. Lo stadio è determinato dallo spessore verticale del melanoma esciso (secondo Breslow).

Stadio 1: spessore verticale = 0,1-1,49 mm

Stadio 2: spessore verticale = 1,5-3,49 mm

Stadio 3: spessore verticale > 3,5 mm

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 2 anni

Stadio 2: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 6 anni

Stadio 3: è esclusa idoneità senza riserve

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuta resezione + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio 2: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio 3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B80, B100:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuta resezione

Stadio 2: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio 3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

LR 1, cat. A + LR 2 e 3:

idoneità da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici.

9.2 Carcinoma del colon-retto

Il rischio di metastasi cerebrali è minimo (5%); l'organo più colpito dalle metastasi è il fegato (50%).

Stadio A (Dukes, solo mucosa) = T1, N0 (TNM).

Stadio B (Dukes, parete del muscolo) = T2/3/4, N0 (TNM)

Stadio C (Dukes, linfonodi) = T1/2/3/4, N 1/2/3 (TNM)

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B80, B100:

Stadio A: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio B: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 4 anni

Stadio C: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 6 anni

LR 1, cat. A + LR 2 e 3:

Stadio A: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuta resezione + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio B: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuta resezione + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio C: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

b) Esame periodico:

Abilitazione LR 1, cat. B, B80, B100:

Stadio A: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuta resezione + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio B: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuta resezione + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio C: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

LR 1, cat. A + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici

9.3 Tumore del testicolo

Grazie alla chemioterapia moderna la maggior parte dei tumori del testicolo è curabile (si guarisce dal 90% circa dei teratomi sottoposti a chemioterapia e dei seminomi sottoposti a radioterapia). I marcatori tumorali rappresentano indicatori piuttosto affidabili dei casi di ricaduta e in presenza di rischi di ricaduta del 25% uno stretto monitoraggio oncologico permette di intervenire rapidamente.

Stadio I: tumore limitato al tessuto del testicolo

Stadio II: tumore primario + linfonodi addominali

Stadio III: tumore primario + linfonodi sopradiaframmatici

Stadio IV: metastasi extralinfatiche (soprattutto polmoni)

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B80, B100:

Stadio I: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio II/III: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 4 anni

Stadio IV: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 6 anni

LR 1, cat. A + LR 2 e 3:

Stadio I: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio II/III: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio IV: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio I: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

Stadio II/III: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio IV: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni.

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici

9.4 Linfoma di Hodgkin

Negli ultimi decenni la terapia del linfoma di Hodgkin è notevolmente migliorata. Il tasso di guarigione nei 5 anni successivi alla terapia è compreso tra il 65% (stadio IV) e il 85% (stadio I).

Stadio I: coinvolgimento di una sola regione corporea

Stadio II: coinvolgimento di due regioni corporee sullo stesso lato del diaframma

Stadio III: coinvolgimento di due regioni corporee su lati diversi del diaframma

Stadio IV: malattia extranodale (viscerale)

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio I: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 4 anni

Stadio II/III: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 5 anni

Stadio IV: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 6 anni

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici

9.5 Linfoma non-Hodgkin

L'assenza di ricadute per un periodo di 5 anni dipende in primo luogo dall'istologia: ammonta al 60% per i tumori di basso grado, al 40% per i tumori di grado intermedio e al 25% per quelli di alto grado.

Basso grado: a piccole cellule

Grado intermedio: a grandi cellule

Alto grado: indifferenziato

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Basso grado: è possibile solo l'idoneità con riserva

Grado intermedio: è possibile solo l'idoneità con riserva

Alto grado: è possibile solo l'idoneità con riserva

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

Basso grado: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 2 anni

Grado intermedio: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

Alto grado: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 4 anni

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Basso grado: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 2 anni

Grado intermedio: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

Alto grado: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 4 anni

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici

9.6 Carcinoma bronchiale

Quando vengono diagnosticati, i carcinomi bronchiali a piccole cellule hanno di regola già sviluppato metastasi, ragion per cui non sono inclusi nelle considerazioni seguenti. I carcinomi non a piccole cellule sviluppano metastasi nel fegato (40%), nelle ghiandole surrenali (30%), nel cervello (25%) e nelle ossa (20%). Per quanto concerne le metastasi cerebrali, si calcola un'incidenza del 6%.

Stadio 1: T1/2, N0, M0

Stadio 2: T1/2, N1, M0

Stadio 3: tutti T/N, M0

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio 1: è possibile solo l'idoneità con riserva

Stadio 2: è possibile solo l'idoneità con riserva

Stadio 3: è possibile solo l'idoneità con riserva

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 2 anni

Stadio 2: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

Stadio 3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 5 anni

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 2 anni

Stadio 2: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

Stadio 3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 5 anni

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici

9.7 Carcinoma mammario

I calcoli si basano sugli indici di sopravvivenza a 5 anni in funzione della stadiazione (stadio 1 = 90%, stadi 2 e 3 = 50%, stadio 4 = 10%). Nello stadio 4 il rischio di sviluppare metastasi cerebrali è del 20 %. Nel caso del carcinoma mammario il problema è costituito dal fatto che una ricaduta è possibile anche a distanza di anni.

Stadio 1: limitato alla mammella
Stadi 2+3: coinvolgimento dei linfonodi locali
Stadio 4: maggiore estensione

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 2 anni

Stadi 2+3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 6 anni

Stadio 4: è possibile solo l'idoneità con riserva

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

Stadi 2+3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio 4: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio 1: possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

Stadi 2+3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 1 anno

Stadio 4: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 3 anni

Abilitazione LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli periodici

9.8 Carcinoma del rene

L'indice di sopravvivenza a 5 anni è del 70% negli stadi 1 e 2, del 35% nello stadio 3 e del 10% nello stadio 4. Il rischio di sviluppare metastasi cerebrali ammonta al 2%.

Stadi 1/2: confinato alla capsula renale o al tessuto adiposo perirenale

Stadio 3: coinvolgimento dei vasi sanguigni renali o dei linfonodi regionali

Stadio 4: coinvolgimento extranodale

a) Primo esame:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

Stadio 1/2: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 4 anni

Stadio 3: possibilità di idoneità senza riserve in caso di assenza di ricadute per > 5 anni

Stadio 4: è possibile solo l'idoneità con riserva

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per ½ anno

b) Esame periodico:

LR 1, cat. B, B100, B80, B60:

possibilità di idoneità senza riserve dopo avvenuto trattamento + assenza di ricadute per
½ anno

LR 1, cat. A, A40 + LR 2 e 3:

idoneità con riserva da stabilire in funzione del decorso clinico e prevedendo controlli
periodici

10 Parte: Malattie respiratorie

Le malattie polmonari possono causare un'improvvisa riduzione della capacità di guida. Benché rari, casi del genere, dovuti a attacchi d'asma, tosse parossistica o anche laringoplegia e alterazione degli scambi gassosi (insufficienza respiratoria), rappresentano un pericolo per la sicurezza del traffico ferroviario. In presenza di indizi anamnestici di una malattia polmonare è indicato svolgere ulteriori accertamenti (diagnostica per immagini, test di funzionalità polmonare, saturazione periferica dell'ossigeno).

10.1 Asma bronchiale

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame, esame periodico, esame straordinario:

Non idoneo in caso di asma instabile anamnestica associata ad attacchi di asma recidivanti

Un'idoneità con riserva (frequenza ridotta di controlli) può essere attestata se sono soddisfatte le seguenti condizioni:

- assenza di attacchi e di disturbi seguendo una terapia medicamentosa;
- assenza anamnestica di attacchi d'asma frequenti o di ricoveri ospedalieri seguendo una terapia adeguata.

10.2 Bronchite cronica ostruttiva (BPCO)

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame, esame periodico, esame straordinario:

Non idoneo in caso di forme gravi di BPCO

Nei casi di forme da lievi a semigravi di BPCO (stadi I-II secondo classificazione GOLD) associate a ridotta funzionalità polmonare ($FEV_1 > 50\%$) e a saturazione periferica di ossigeno (pulsossimetria) $> 90\%$, va attestata un'idoneità con riserva (frequenza ridotta di controlli). In casi incerti è necessario richiedere una perizia specialistica.

10.3 Altre malattie polmonari croniche con limitazioni funzionali, compresi enfisema e pneumotorace recidivante

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Primo esame:

Non idoneità

Possibilità di abilitazione previa apposita perizia pneumologica

Esame medico periodico e straordinario:

Non idoneità

Possibilità di abilitazione previa apposita perizia pneumologica

10.4 Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)

Il sospetto di OSAS è dato se dal questionario di screening di seguito riportato risulta un punteggio superiore a 10. In casi incerti è necessario ricorrere a una valutazione del sonno da parte di un medico specialista.

Primo esame:

Livello di requisiti 1, 2, 3

Idoneità con riserva

In presenza di diagnosi pregressa di OSAS, la persona interessata può essere dichiarata idonea con riserva se con un'adeguata terapia (p.es. CPAP) risulta esente da sintomi e se da parte dello specialista non sussistono perplessità. In questo caso la persona interessata deve impegnarsi per iscritto a seguire una terapia costante e a sottoporsi a controlli periodici. L'efficacia della terapia deve essere verificata periodicamente da un medico specialista e occorre prevedere controlli annuali dell'idoneità. Senza un trattamento adeguato, è esclusa l'idoneità. Eventuali dubbi sull'efficacia della terapia possono essere chiariti mediante MWT e relativa derivazione elettroencefalografica o mediante perizia di psicologia del traffico. A questo proposito si applicano i seguenti requisiti:

- livelli di requisiti 1 e 2: nessuna tendenza ad addormentarsi con una latenza inferiore a 34 minuti; nessun episodio di microsonno
- livello di requisiti 3: nessuna tendenza ad addormentarsi con una latenza inferiore a 20 minuti

Esame medico periodico e straordinario:

Livelli di requisiti 1, 2 e 3

Idoneità con riserva

In presenza di indizi di sonnolenza diurna, viene proposta una frequenza ridotta dei controlli da parte del medico di fiducia. Se dal questionario di screening di seguito riportato risultano anche indizi di *sonnolenza diurna* (> 10 punti), ai fini della valutazione dell'idoneità occorre richiedere una *valutazione del sonno da parte di un medico specialista con certificato di abilità medicina del sonno*. Se il sospetto di OSAS viene confermato, la persona interessata va dichiarata non idonea per un periodo limitato di almeno 4 settimane, in modo da verificare l'efficacia della terapia (p.e. per mezzo di CPAP). Un'idoneità con riserva può essere attestata nuovamente solo dal momento in cui la terapia è svolta in modo sistematico e con successo (monitoraggio del sonno). In casi incerti l'assenza di sonnolenza diurna va verificata con il test di mantenimento della veglia (Maintenance of Wakefulness Test MWT esame per la valutazione dell'idoneità alla guida, con derivazione elettroencefalografica).

In presenza di diagnosi pregressa di OSAS si applicano le condizioni valide per il primo esame.

Questionario di screening relativo alla sonnolenza diurna e all'OSAS (Commissione europea)

In aggiunta al questionario di Epworth, la Commissione europea raccomanda di porre le seguenti domande per valutare il rischio in caso di sonnolenza diurna e identificare un'OSAS (cfr. «Richtlinien zur Fahreignung bei Tagesschläfrigkeit» [in vigore dal 1.1.2017], swiss-sleep)

Sesso	<input type="checkbox"/> Maschile = 2 punti <input type="checkbox"/> Femminile = 1 punto
Età	<input type="checkbox"/> < 30 anni = 1 punto <input type="checkbox"/> > 30 anni = 2 punti
Statura
Peso / BMI	<input type="checkbox"/> ≤ 30 = 1 punto <input type="checkbox"/> 31-35 = 2 punti <input type="checkbox"/> ≥ 35 = 3 punti
È stato mai colto da un colpo di sonno al volante?	<input type="checkbox"/> Sì = 3 punti <input type="checkbox"/> No = 0 punti <input type="checkbox"/> Non so = 2 punti
Negli ultimi 3 anni ha provocato incidenti con danni a persone o cose a seguito di un colpo di sonno?	<input type="checkbox"/> Sì = 4 punti <input type="checkbox"/> No = 0 punti <input type="checkbox"/> Non so = 3 punti
Russa forte ogni notte?	<input type="checkbox"/> Sì = 2 punti <input type="checkbox"/> No = 0 punti <input type="checkbox"/> Non so = 1 punto
Soffre di apnea nel sonno?	<input type="checkbox"/> Sì = 1 punto <input type="checkbox"/> No = 0 punti <input type="checkbox"/> Non so = 0 punti
Si sveglia riposato dopo aver dormito tutta la notte?	<input type="checkbox"/> Sì = 0 punti <input type="checkbox"/> No = 2 punti <input type="checkbox"/> Non so = 1 punto
Scala di Epworth	<input type="checkbox"/> ≤ 10 = 0 punti <input type="checkbox"/> 11-14 = 2 punti <input type="checkbox"/> ≥ 15 = 4 punti

Il rischio viene stimato per mezzo di un algoritmo che pondera come aggravanti il sesso maschile, un'età > 30, un BMI > 30 o addirittura > 36 e tutte le risposte sfavorevoli o i «non so».

Se il punteggio è superiore a 10 punti, si deve ipotizzare la presenza di sonnolenza diurna (in particolare un'OSAS) ed effettuare un esame specialistico.

Quest'ultimo è da raccomandare anche nel caso in cui si effettui solo un Epworth e il risultato sia ≥ 15, in modo da identificare anche altre cause della sonnolenza diurna.

Qualora la risposta alle domande concernenti il colpo di sonno al volante o un incidente a seguito di un colpo di sonno dovesse essere «Sì», si devono descrivere le circostanze in dettaglio e (a prescindere dal punteggio totale) prendere in considerazione una valutazione del sonno.