

Ministero della salute Circ. 25-7-2011 n. DGPREV/17798-P - Requisiti minimi per l'idoneità alla guida - Indicazioni operative - Emanata dal Ministero della salute, Dipartimento della prevenzione e comunicazione, Direzione generale della prevenzione sanitaria.

Il 30 aprile 2011 nella Gazzetta Ufficiale n. 99, è stato pubblicato il D.Lgs. n. 59 del 2011, recante "Attuazione delle direttive comunitarie 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida". L'allegato III del medesimo decreto legislativo recepisce la direttiva 2009/113/CE della Commissione del 25 agosto 2009, che, peraltro, reca anche modifica dell'allegato III della direttiva 2006/126/CE, concernente la patente di guida in materia di "requisiti minimi di idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore". In riferimento alla sopra citata disposizione sono pervenute a questa Amministrazione numerose richieste di chiarimenti interpretativi e applicativi, in particolare: a) sulle procedure da adottare per la valutazione del possesso dei nuovi requisiti visivi previsti; b) sulla possibilità di continuare ad adottare l'attuale modello di certificazione prevista per l'accertamento dell'idoneità alla guida, nelle more della modifica da apportare allo stesso, in ottemperanza alle variazioni introdotte dalla nuova normativa.

In merito, acquisite le valutazioni tecniche della Direzione Generale della Motorizzazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, si rappresenta quanto segue:

1) La direttiva 2009/113/CE ha contenuti in gran parte sovrapponibili alla direttiva 2009/112/CE, afferente la stessa materia e già recepita nell'ordinamento interno con D.M. 30 novembre 2010 del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti (G.U. n. 301 del 27 dicembre 2010), che ha introdotto nuovi requisiti minimi di idoneità psico-fisica alla guida di veicoli a motore in materia di vista, diabete mellito ed epilessia. La riproposizione dei medesimi contenuti in due direttive distinte, ma del tutto identiche, trova la sua ratio nella circostanza che la direttiva 2009/112/CE incideva sull'allegato III della direttiva 91/439/CE e successive modificazioni, abrogata proprio dalla nuova direttiva 2006/126/CE in materia di patenti.

2) Le disposizioni di cui all'allegato III del D.Lgs. n. 59 del 2011 sono applicabili a decorrere dal 15 maggio 2011. L'articolo 28 del medesimo decreto, infatti, procrastinando l'applicabilità delle disposizioni afferenti alle patenti di guida alla data del 19 gennaio 2013, conferma, per quello che in questa sede interessa - per l'allegato III, con riferimento alle patenti per le categorie A, A1, B, BE, C, CE, D, DE, KA e KB - il principio di entrata in vigore dopo i rituali 15 giorni di vacatio legis.

3) Le disposizioni dell'allegato III del D.Lgs. n. 59 del 2011, oltre alla primaria finalità di recepire la normativa suddetta comunitaria, perseguono altresì l'obiettivo di offrire agli operatori sanitari, nonché all'utenza, un testo normativo di riferimento che, senza dubbi interpretativi, individui la disciplina applicabile in materia di requisiti di idoneità psichica e fisica, con particolare riferimento alla vista, al diabete ed all'epilessia. A tal fine:

a) sono espressamente indicati gli articoli del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, recante regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo codice della strada, applicabili e quelli che sono invece soppressi;

b) l'articolo 26, comma 2, del D.Lgs. n. 59 del 2011 provvede ad abrogare le disposizioni contenute nell'allegato III del D.M. 30 settembre 2003, n. 40T del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti (in G.U. 15 aprile 2004, n. 88), che in precedenza aveva disciplinato la materia;

c) sono altresì implicitamente abrogate le disposizioni di cui al citato D.M. 30 novembre 2010, recante recepimento della direttiva 2009/112/CE, poiché il D.Lgs. n. 59 del 2011, nella parte in cui

disciplina i requisiti minimi di idoneità psico-fisica alla guida di veicoli a motore in materia di vista, diabete mellito ed epilessia, già contemplati nel decreto ministeriale citato, si pone come atto normativo nella medesima materia (e pertanto di rango superiore).

Tanto premesso, ravvisandosi la necessità di fornire indicazioni che assicurino criteri di valutazione uniformi sul territorio nazionale in sede di accertamento dei requisiti di idoneità in parola, con decreto dirigenziale 11 dicembre 2009 è stato istituito un gruppo di lavoro, presso l'Ufficio II della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, con il compito di redigere indicazioni operative uniformi, da osservarsi nell'accertamento del possesso dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da diabete mellito e da epilessia e per la verifica del possesso dei requisiti visivi.

Le indicazioni operative per i medici monocratici e per le commissioni mediche locali per l'accertamento del possesso dei requisiti visivi previsti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida per i conducenti classificati nel gruppo 1 e nel gruppo 2 dell'allegato III del D.Lgs. 18 aprile 2011, n. 59, predisposte dal gruppo di lavoro, valutate positivamente da parte del Consiglio Superiore di Sanità, sono riportate negli allegati A e B della presente lettera circolare.

Da ultimo si ritiene che nelle more dell'imminente modifica del modello di certificazione, si possa procedere a sbarrare, sul modello attualmente previsto, le voci relative a: rifrazione corretta, grado di rifrazione, senso cromatico, senso stereoscopico, visione notturna, in quanto non più previste, utilizzando il relativo spazio di compilazione per riportare il giudizio riguardante le seguenti voci: sensibilità al contrasto, sensibilità all'abbagliamento, tempo di recupero dopo abbagliamento, visione crepuscolare, adottando le modalità operative contenute negli allegati A e B sopra citati.

Il Capo dipartimento

Dott. Fabrizio Oleari

Il Direttore dell'ufficio II

Dott. Giancarlo Marano

Allegato A

Indicazioni operative per la valutazione del possesso delle funzioni visive e per la valutazione del profilo di rischio dei soggetti affetti da epilessia o da diabete mellito, ai fini del rilascio della certificazione di idoneità alla guida

Metodiche per la verifica del possesso delle funzioni visive

Premessa

Il D.Lgs. 18 aprile 2011, n. 59 in attuazione della direttiva 2006/126/CE e della direttiva 2009/113/CE, ha modificato i requisiti minimi previsti per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida da parte di persone affette da patologie dell'apparato visivo, prevedendo la verifica nei soggetti esaminati del possesso di ulteriori requisiti quali la visione crepuscolare, la sensibilità al contrasto e all'abbagliamento; il numero elevato di rinnovi e rilasci di nuove patenti richiedono da parte del medico monocratico l'utilizzazione di procedure semplificate di screening, tali da consentire una rapida individuazione dei soggetti affetti da patologie dell'apparato visivo che necessitano di accertamenti specialistici per la verifica del possesso dei requisiti visivi minimi prescritti; in caso di mancato possesso di uno o più requisiti visivi richiesti il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

Procedure per la valutazione da parte del medico monocratico dell'acuità visiva, della sensibilità al contrasto e all'abbagliamento:

1) Acuità visiva

- Materiale: tavola ottotipica a stampa calcolata per 3 - 5 m, con simboli alfabetici di Sloan neri su sfondo bianco con tratto di 1/5 dell'altezza totale della lettera, in una scala decimale che abbia un uguale numero di lettere per ogni riga (cinque per riga) con valori da 1/10 a 12/10 o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato.

- Illuminazione: L'illuminazione, da controllare con un luxmetro appoggiato sulla tavola con il sensore rivolto verso la sorgente, deve essere tale da rendere presenti sullo sfondo della tavola un illuminamento intorno a 300 lux con un range di tolleranza da 270 a 1100 lux (Il contrasto secondo Weber tra lettere e sfondo non deve essere comunque inferiore all'85%, è consigliabile illuminare la tavola ottotipica a stampa con una lampada a fascio luminoso concentrato disposta in modo da illuminarla uniformemente e non abbagliare il soggetto).

- Svolgimento del test: si chiede al soggetto posto alla distanza di 3 m o 5 m, procedendo dalla prima riga, di riconoscere monocolarmente, ad occhio nudo o con correzione almeno tre su cinque delle lettere presenti nella riga.

- Risultati: per patente di guida del gruppo 1, in caso di visione binoculare, è richiesta la lettura non inferiore alla II riga con l'occhio peggiore (in tal caso con l'altro occhio dovrà essere letta la V riga), in caso di visione monoculare lettura non inferiore alla VIII riga; per patente di guida del gruppo 2 è richiesta la lettura non inferiore alla VIII riga con l'occhio migliore e della IV riga con l'altro.

2) Sensibilità al contrasto

- Materiale: tavola di sensibilità al contrasto di Pelli-Robson o tavola a stampa equivalente o dispositivo elettronico programmato e tarato. La tavola deve essere messa a 3 metri di distanza

dal soggetto (in caso di soggetti portatori di lenti con presbiopia avanzata potrebbe essere necessaria una miglior correzione con addizione di + 1.00 diottria).

- Illuminazione: l'illuminazione dell'ambiente deve essere tale da rendere presenti sulla tavola valori di illuminamento intorno ai 300 lux, con una tolleranza tra 200 e 400 lux misurati come descritto al punto 1). (Se si utilizza una tavola a stampa è consigliabile illuminarla con una lampada a fascio luminoso concentrato disposta in modo da illuminare uniformemente tutta la tavola e non abbagliare il soggetto).

- Svolgimento del test: l'esame va eseguito in visione binoculare, ad occhio nudo o con correzione in caso di vizio refrattivo.

Una tripletta della tavola si considera letta quando sono correttamente riconosciute due lettere su tre.

- Risultati: per le patenti del gruppo 1 si richiede di leggere almeno la tripletta numero 9 corrispondente al valore logaritmico di 1,20 che indica una soglia di contrasto del 6% circa (0,063), per le patenti del gruppo 2 si richiede di leggere almeno la tripletta numero 11 corrispondente al valore logaritmico 1,50 che indica una soglia di contrasto del 3% circa (0,031).

3) Visione crepuscolare

- Materiale: tavola ottotipica a stampa posta alla stessa distanza dal soggetto del punto 1) o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato.

- Illuminazione: l'ambiente deve essere oscurato in maniera tale da determinare una illuminazione di 1 o 2 lux, con illuminamento misurato sulla tavola compreso tra 0,8 e 1,2 lux (tale condizione si può ottenere con una lampada a luce regolabile da 15 watt posta a 4 metri dall'ottotipo).

- Svolgimento del test: l'esame viene eseguito in visione binoculare; dopo un adattamento massimo alle condizioni di luce ambientali di 10 minuti si procede alla verifica dell'acuità visiva crepuscolare iniziando dalla prima riga dell'ottotipo.

- Risultati: l'acuità visiva binoculare deve risultare di 1/10 per le patenti del gruppo 1 e di almeno 2/10 per le patenti del gruppo 2.

4) Sensibilità all'abbagliamento

- Materiale: tavola ottotipica posta a 3 metri o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato del punto 1), due lampade poste a 1 metro a destra e a sinistra dal centro della tavola ottotipica, con emissione luminosa da 900 a 1200 lumen, tali da consentire una illuminazione da 400 a 500 Lux (questa condizione è ottenibile per esempio con due lampade fluorescenti a basso consumo da 20 Watt del tipo "daylight").

- Illuminazione: l'illuminazione dell'ambiente prima dell'accensione delle 2 lampade deve essere tale da consentire sulla tavola ottotipica un illuminamento di 300 lux.

- Svolgimento del test: dopo l'accensione delle 2 lampade, si chiede al soggetto, in visione binoculare, di riconoscere almeno le lettere presenti nella prima o nella seconda riga.

- Risultati: per le patenti del gruppo 1 per il superamento del test è richiesta la lettura di almeno i due terzi delle lettere presenti nella prima riga, corrispondente a 1/10 nel tempo massimo di un minuto, per le patenti del gruppo 2 è richiesta la lettura entro lo stesso tempo massimo di un minuto delle lettere della seconda riga, corrispondente a 2/10.

5) Tempo di recupero dopo l'abbagliamento

- Materiale: tavola ottotipica a stampa posta alla stessa distanza dal soggetto del punto 1) o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato e una sorgente luminosa che produca un illuminamento di 200 lux a 20 cm quando è in posizione ortogonale rispetto al sensore del luxmetro (es. penna luminosa appropriata).

- Illuminazione: durante la fase di adattamento al buio l'ambiente deve essere oscurato mentre durante la lettura lo sfondo della tavola e l'ambiente circostante devono avere le caratteristiche descritte al punto 1).

- Svolgimento del test: il test viene condotto monocularmente sui due occhi con l'eventuale correzione dell'ametropia e ai fini del giudizio si prende in considerazione il risultato migliore. Dopo adattamento al buio per un tempo massimo di un minuto, si copre un occhio e si pone la sorgente luminosa a 3 cm dall'occhio controlaterale per dieci secondi, invitando il soggetto a fissarla. Rimossa la sorgente abbagliante si riaccendono le luci e si chiede al soggetto di leggere istantaneamente la riga corrispondente a 2/10 per le patenti di gruppo 1 nel tempo massimo di un minuto e la riga dei 4/10 per le patenti del gruppo 2, nel tempo massimo di 30 secondi, la riga si considera letta se vengono riconosciute il 50% delle lettere nel tempo. Se la riga relativa non viene letta nel tempo massimo previsto si ripete la procedura sull'altro occhio con le stesse modalità.

- Risultati: si considera l'occhio che ha raggiunto il risultato migliore. Per le patenti di gruppo 1 si richiede per il superamento del test un tempo inferiore ai 60 secondi. Per le patenti del gruppo 2 è richiesto un tempo inferiore ai 30 secondi.

Note: Non essendo solitamente possibile regolare il contrasto sugli ottotipi retro-illuminati e a proiezione e non essendo possibile con questi l'esame della visione crepuscolare, si rende necessario l'utilizzazione di un apposito ottotipo a stampa (è consigliabile disporre di 2 o più tavole con diverse combinazioni di lettere da alternare nell'esecuzione dei test). Si dovrà poi agire sull'illuminazione dell'ambiente, con un semplice sistema di regolazione delle sorgenti luminose per ottenere le condizioni previste per ogni test, che dovranno essere inizialmente controllate con l'ausilio di un luxmetro che abbia un range di misura fino a 1000 Lux con una precisione di lettura del 5%. (Considerate le ampie tolleranze previste, i valori di illuminamento delle superfici sono riportati in lux perché misurabili in modo semplice con tale strumento). I test vanno condotti nell'ordine in cui sono previsti, i tempi di adattamento indicati sono da intendere come tempo massimo per i soggetti non in grado di raggiungere il risultato previsto per il superamento del test in tempi inferiori.

Ove fosse necessaria la verifica del campo visivo in presenza di indicazioni anamnestiche o evidenze obiettive che facciano sospettare malattie progressive degli occhi, che di per sé escludono la possibilità di una verifica clinica con metodica di comparazione, tale test dovrà essere effettuato per ultimo, successivamente al test di verifica del tempo di recupero dopo abbagliamento.

In tali casi, in alternativa all'utilizzazione della campimetria computerizzata con valutazione cinetica o statica impostata per indagare fino alle eccentricità previste, si potrà utilizzare un perimetro manuale di tipo Goldmann o un dispositivo equivalente, eseguendo l'esame in monocolare per verificare le ampiezze previste dalla Normativa verso destra e verso sinistra e verso l'alto e il basso e sommando successivamente i due emicampi tempiali destro e sinistro per ottenere le ampiezze binoculari in orizzontale previste dalla normativa (l'esame in visione binoculare comporterebbe di eseguirlo in condizioni di convergenza sulla mira centrale di fissazione con notevoli errori nelle valutazioni inoltre nello strumento non è previsto un supporto binoculare per le eventuali lenti correttive necessarie per l'esame del campo centrale negli ametropi e presbiti). Per determinare l'estensione del campo periferico si consigliano le combinazioni di mire IV /4 oppure V /3 senza lenti correttive; per il campo centrale le mire II /2 oppure I /3 con eventuali lenti correttive.

Per un esame preliminare, in alternativa a un perimetro manuale di tipo Goldmann si potrà utilizzare uno strumento semplificato così strutturato:

Cupola bianca con mentoniera regolabile e supporto per lente correttiva.

Luminanza dell'interno della cupola uniforme su tutta la superficie. Pulsante sonoro per conferma percezione stimolo. Controllo dell'allineamento e della fissazione. Mira di fissazione centrale sul centro di curvatura e serie di mire su 4 meridiani a 180°, 90°, 45°, e 135°. Si devono prevedere mire che indagano in periferia almeno ogni 10° e nei 30° centrali almeno ogni 5°.

La luminanza dello sfondo, la dimensione angolare e la luminanza delle mire periferiche e centrali saranno assimilabili a quelle del perimetro di Goldmann. Per controllare l'attendibilità delle risposte presentare periodicamente in modo casuale la mira sul meridiano verticale a 90° in alto o in basso, posizione in cui non dovrebbe essere vista.

Svolgimento del test: per l'esecuzione del test occorrerà spegnere le luci dell'ambiente per consentire un adattamento alle condizioni di luminanza previste, di 10 minuti. Si consiglia di eseguire l'esame in monocolare per determinare le ampiezze verso destra e verso sinistra, verso l'alto e il basso e sommare poi i due emicampi tempiali destro e sinistro per ottenere le ampiezze binoculari in orizzontale secondo quanto richiesto dalla normativa.

Allegato B

Indicazioni per la valutazione del profilo di rischio per la circolazione stradale dei soggetti affetti da diabete mellito o epilessia e relativa modulistica certificativa per lo specialista che deve essere acquisita dal medico monocratico o dalla Cml

Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti affetti da diabete mellito

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata $<9.0\%$, non adeguato in caso di valori $>9.0\%$;

2. per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE o SCARSO i seguenti parametri valutativi:

a. valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;

b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi;

3. per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:

a) per rientrare in un profilo di RISCHIO BASSO:

- assenza di retinopatia
- assenza di neuropatia
- assenza di nefropatia
- ipertensione ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia BUONO

b) per rientrare in un profilo di RISCHIO MEDIO:

- USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI
- retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
- nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
- ipertensione se ben controllata
- cardiopatia ischemica se ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente

- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE
- c) per rientrare in un profilo di RISCHIO ELEVATO:
 - retinopatia proliferante, con riduzione del visus
 - neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
 - nefropatia con insufficienza renale cronica
 - ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata
 - ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico NON ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia SCARSO
 - Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.
 - Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi.

Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

Scarica il file

Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

Scarica il file

Avvertenza

(Da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica)

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

Data

Firma per presa visione e ritiro

Alla MTC Provinciale di.....

Il sottoscritto

Patente tipo n.

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

Comunica che

- ha manifestato recentemente una crisi ipoglicemica grave
- per variazioni terapeutiche recenti assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave

Data

Firma

Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti con epilessia

Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica

Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

Diagnosi riferita = Si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il centro certificante

Diagnosi non riferita = Si intende la diagnosi effettuata (o confermata) presso il centro certificante

Data della diagnosi = Va riferita con il massimo dell'approssimazione (ad, esempio, compilare semplicemente l'anno se solo questo è noto; analogamente per il mese)

Diagnosi sindromica = Utilizzare la classificazione delle epilessie dell'International League Against Epilepsy

Crisi epilettica provocata = Crisi occorsa in stretta associazione temporale con un fattore o una malattia provocante; la sua presenza non rappresenta un ostacolo alla guida purché il fattore provocante abbia scarsa probabilità di manifestarsi alla guida

Crisi non provocata = Si intende ogni crisi che non soddisfi la definizione di crisi epilettica provocata; crisi non provocate si manifestano in assenza di fattori o malattie responsabili di crisi epilettiche oppure in presenza di fattori o malattie provocanti ma al di fuori dei tempi entro i quali si manifestano le crisi provocate

Crisi solo in sonno = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

Crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico = Si tratta di crisi che occorrono nei pazienti in remissione nei quali il medico decide, in accordo col paziente, una riduzione o la sospensione del trattamento; in questi casi, la ricorrenza di crisi comporta la

sospensione dalla guida per soli tre mesi purché il paziente accetti il ripristino del trattamento; questa regola non si applica ai pazienti che hanno modificato arbitrariamente il trattamento

Altra perdita di coscienza = Si riferisce a tutti gli episodi di perdita di contatto giudicati dallo specialista di genesi non epilettica; in questi casi, il giudizio di idoneità è demandato allo specialista competente sulla base della diagnosi formulata (es., cardiologo, internista)

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi indipendentemente dal tipo di crisi manifestate dal paziente

Per presa visione e ritiro certificazione = Il paziente, apponendo la propria firma, sottoscrive, assumendosene la responsabilità, la veridicità dei dati anamnestici riferiti allo specialista. Deve firmare a conferma di quanto riferito allo specialista

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E)

A differenza dei pazienti appartenenti al gruppo I, l'accertamento di idoneità implica norme più restrittive comprendenti:

- L'assenza di crisi di qualsiasi numero e tipo da almeno 10 anni
- L'assenza di trattamento da almeno 10 anni
- La normalità dell'esame neurologico
- L'assenza di anomalie epilettiformi nel tracciato elettroencefalografico
- L'assenza di qualsiasi patologia cerebrale potenzialmente responsabile di crisi (anche in assenza di crisi)