



**SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE**

Commissione Medica Locale

Via Boito, 2 – 20900 Monza

Tel. 800.638.638 (da tel fisso) 02/999599 (da cell)

Fax 039/2335145

E-mail: [patenti.medlegale@asst-monza.it](mailto:patenti.medlegale@asst-monza.it)

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA NECESSARIA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' ALLA GUIDA IN CASO DI:**

**DIABETE**

**Gruppo 1 (patenti categoria inferiore)**

- **scheda di valutazione diabetologica** da far compilare a cura dello Specialista Diabetologo/Endocrinologo presso il quale si è in cura.

N.B. La SCHEDA deve essere compilata dallo specialista DIABETOLOGO/ENDOCRINOLOGO – con data non anteriore a TRE mesi.



**SCHEMA DI VALUTAZIONE DIABETOLOGICA per il RILASCIO e il RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA**

**Patenti Gruppo 1 – Paziente diabetico**

Data / \_\_/\_\_/\_\_ / \_\_/\_\_/\_\_

Si certifica che il/la Sig./Sig.a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_ è affetto da diabete mellito Tipo \_\_ dal \_\_\_\_\_

TERAPIA attuale:

nutrizionale  ipoglicemizzanti orali  insulina  ipoglicemizzanti orali + insulina  altro

Specificare farmaci: \_\_\_\_\_

che possono indurre ipoglicemie gravi

che non inducono ipoglicemie gravi

**CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI**

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

**COMPLICANZE:**

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- |                                |  |  |   |
|--------------------------------|--|--|---|
| √ Retinopatia                  | <input type="checkbox"/> non proliferante                              | <input type="checkbox"/> proliferante          | <input type="checkbox"/> edema maculare           |
| √ Neuropatia                   | <input type="checkbox"/> autonoma                                      | <input type="checkbox"/> sensitivo – motoria   | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| √ Nefropatia                   | <input type="checkbox"/> microalbuminuria                              | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria      | <input type="checkbox"/> I.R.C.                   |
| √ Complicanze cardiovascolari: | <input type="checkbox"/> TIA/Ictus                                     | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica |   |
|                                | <input type="checkbox"/> Angiopatia arti inferiori clinicamente severa |  |   |
| √ Altro _____                  |  |  |   |

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida  
 ADEGUATO  NON ADEGUATO  Ultimo valore HbA1c \_\_\_\_\_

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

Buono  Accettabile  Scarso

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione AL RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

Limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

- BASSO si propone il rinnovo
- 10 anni (conducente di età < 50 anni)
  - 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
  - 3 anni (conducente di età > 70 anni)
- MEDIO si propone il rinnovo
- 5 anni (conducente di età < 50 anni)
  - 3 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
  - 1 anno (conducente di età > 70 anni)
- ELEVATO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza  
sede legale

20900 Monza MB - Via G. Pergolesi, 33 - Tel.039.233.1 Fax 039.233.9775 - [www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it) P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

SML-MO-104 Scheda diabetologica gruppo 1 (patenti categoria inferiore) rev.1 del 7.1.2019



**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 insorgenze di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida", utilizzando il fac simile allegato.

Data Firma per presa visione e ritiro

\_\_\_\_\_

Alla MTC Provinciale di .....

Il sottoscritto .....

Patente Tipo ..... n. ....

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

**Comunica che**

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

Data .....

Firma .....



## ALLEGATO B

Nota Ministero Salute DGPREV 0017798-P-25/07/2011 e nota Regione Lombardia Prot. H1.2011.0023977 del 04/08/2011

### INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO PER LA CIRCOLAZIONE STRADALE DEI SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO 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 di individuano i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente alla valutazione di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata < 9,0%, non adeguato in caso di valori > ;
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 sensitiva 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
    - 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 sensitiva 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 non 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

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza  
sede legale

20900 Monza MB - Via G. Pergolesi, 33 - Tel.039.233.1 Fax 039.233.9775 - [www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it) P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

SML-MO-104 Scheda diabetologica gruppo 1 (patenti categoria inferiore) rev.1 del 7.1.2019