



Patente di guida a seguito di gravi danni cerebrali

La guerra sulle strade, che provoca più morti giovanili di ogni altra vicenda umana, non solo non tende ad attenuarsi, ma si sta incrementando in modo sconcertante. Migliaia di morti e di persone con esiti da disabilità a vita ogni anno. Una ecatombe che appare accettata come ineluttabile, diremmo inevitabile. Vi è come una rassegnata indifferenza verso questa anacronistica guerra. Vi può essere una

reazione quasi propagandistica dopo episodi eclatanti e poi di nuovo una... sconcertante accettazione.

Andiamo nelle scuole a fare opera di conoscenza e prevenzione, partecipiamo a convegni, dibattiti, incontri, per suggerire provvedimenti e arginare una ingiustificata debolezza di reazione giurisprudenziale. Ma questa guerra spietata continua a mietere vittime.

La realtà è che, di fronte a milioni di veicoli in circolazione, ciascuno dei quali è un'arma carica che può sparare senza quasi accorgersene, è ben ormai evidente che non ci sono regole da rispettare che possano evitare questa quotidiana strage. Di qui, di fronte a tutto questo, la nostra delusione più grande è nel constatare che, di fronte a proposte anche istituzionali di possibili interventi normativi, che in sé stesse già contengono dubbi su una loro concreta efficacia, non sentiamo neppure una voce, neppure una, che tenda a proporre una drastica riduzione della mobilità privata a beneficio di quella collettiva.

È lecito chiedersi se vi sia una precisa volontà politica di agire in tal senso, laddove ormai è difficile trovare una

famiglia italiana che, in forma di perdita di vita o di disabilità gravissima o grave o più leggera, non sia coinvolta in questa guerra senza fine che non si "vuole" conoscere e di cui meno si parla e meglio è.

Sappiamo che le cause principali degli incidenti stradali sono le droghe, l'alcol, sostanze in genere che alterano la capacità di reazione, la distrazione da cellulare o da altri dispositivi di bordo o a bordo, l'alta velocità, alcune eclatanti infrazioni stradali.

Vi sono naturalmente norme che regolano reazioni a tali principali cause di sinistri.

In questa sede desideriamo richiamare l'attenzione sui pericoli che possono derivare dal consentire la guida a chi non è nella ordinaria situazione clinica, fisica, psichica. La nostra riflessione va qui in particolare alle persone che escono da esiti di gravi o gravissimi danni cerebrali (essi stessi originati spesso, a loro volta, da incidenti stradali). Già il comma 1 dell'art. 128 del Codice della Strada stabilisce che gli uffici competenti ivi indicati possono disporre che siano sottoposti a visita medica presso una commissione medica locale, o ad esame di idoneità, i titolari di patente di guida qualora sorgano dubbi sulla persistenza nei medesimi dei requisiti fisici e psichici prescritti o dell'idoneità tecnica. L'esito della visita medica o dell'esame di idoneità sono comunicati ai competenti uffici del Dipartimento per i trasporti terrestri per gli eventuali provvedimenti di sospensione o revoca della patente. Ricorre obbligo di segnalazione in caso di turbe psichiche gravi, turbe del comportamento e della personalità, affezioni neurologiche incompatibili con

la sicurezza della guida.

Tutto ciò deriva dal principio generale contenuto nel comma 1 dell'art. 119 del Codice della Strada, in base al quale non può ottenere la patente di guida o l'autorizzazione ad esercitarsi alla guida chi sia affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale tale da impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore.

Qui, come già riferito, desideriamo soffermarci sulla situazione clinica, neurologica e comportamentale in particolare, di coloro che hanno subito un grave danno cerebrale, che abbia comportato uno stato di "coma prolungato", intendendosi per tale una perdita di coscienza della durata di almeno quarantotto ore, con conseguente menomazione anche delle funzioni cognitive oltre che fisiche.

È bene ricordare che il trauma cranico encefalico rappresenta la principale causa di coma prolungato e conseguentemente la principale causa di disabilità soprattutto tra i giovani della fascia di età compresa tra i 15 e i 35 anni.

Gli esiti sono spesso di disabilità e di non autosufficienza a vita.

In più casi (di danni cerebrali non gravi o gravissimi) vi possono essere progressi anche importanti.

È ben naturale che in tali situazioni di evoluzioni positive vi sia una aspirazione di riprendere a guidare; ciò che si assume come indice, anche "sociale", di recupero di autonomia.

Ma la guida implica la necessità di una completa e "sicura" integrità clinico-cerebrale e comportamentale, spesso incompatibile con esiti post-comatosi.

Per questi motivi, molto opportunamente, il comma 1 bis del già citato articolo 128 del CdS stabilisce che i responsabili delle unità di terapia intensiva o di neurochirurgia sono obbligati a dare comunicazione dei casi di coma di durata superiore 48 ore agli uffici provinciali del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici. In seguito a tale comunicazione i soggetti con tali esiti sono tenuti alla revisione della patente di guida.

La successiva idoneità alla guida è valutata da una commissione medica locale, sentito lo specialista della unità riabilitativa che ha seguito la evoluzione clinica del paziente.

In tali casi pertanto, ai fini della revisione della patente, la idoneità "deve" essere valutata (non da un singolo medico ma da) una commissione medica costituita, anche in base al regolamento di esecuzione del Codice, dai competenti organi delle Regioni o delle Province Autonome. Le commissioni comunicano il proprio giudizio di eventuale temporanea o permanente inidoneità alla motorizzazione civile, che adotta il relativo provvedimento di sospensione o revoca della patente.

Occorre infatti tener presente che un grave danno cerebrale comporta spesso alterazioni, più o meno rilevanti, di tante funzioni cognitive; si pensi alla possibile alterazione dei tempi di reazione, della capacità di attenzione, del controllo neuro-motorio, delle facoltà visivo-percettive, delle capacità di "riconoscere" i pericoli, della concentrazione, del coordinamento tra le funzioni cognitive e quelle motorie, del comportamento di fronte ad una realtà non più percepita negli elementi che la contraddistinguono.

Una revisione della patente di guida ed una completa riconsiderazione clinica della idoneità alla guida si impongono dunque con necessità e come "passaggi obbligati".

La attenzione da riservare ai controlli di idoneità alla guida di soggetti con esiti da gravi danni cerebrali deve dunque essere massimamente scrupolosa. Occorre ripercorrere tutto l'iter clinico pregresso, verificare gli esami da immagini e compiere accurati screening neurologici, al fine di accertarsi che, di fronte a situazioni che apparentemente ed ad una visita superficiale possono apparire compatibili con una idoneità di guida, non si sia invece in presenza di postumi più "celati" e meno riconoscibili che determinano condizioni di assoluta incompatibilità con una sicurezza di guida.

Nell'accertamento di tali posizioni occorre pertanto agire con la massima rigosità, ad evitare sottovalutazioni di rischi estremamente importanti, direttamente per il soggetto interessato e indirettamente, di conseguenza, per gli altri. In molti casi clinici post-comatosi una inidoneità alla guida è verificabile con semplicità di indagine.

Vi sono però casi in cui indagini non sufficientemente approfondite potrebbero portare a valutazioni di idoneità alla guida, anche laddove, invece, nelle "pieghe" del danno cerebrale, possono sussistere fenomeni "nascosti", apparentemente non visibili nell'ordinario comportamento della persona, ma che invece possono presentarsi in modo subdolo ed evidenziare aspetti di disabilità che ben inducono a rappresentare situazioni di pericolo assai importante e rilevante, per sé stessi e naturalmente per gli altri.

Il tutto come dalla seguente analisi, allo stesso tempo esperienziale ed esemplificativa.

Per garantire una guida sicura è necessario che alcune funzioni cognitive siano integre. Qualsiasi attività umana complessa richiede, per essere eseguita in maniera corretta, l'utilizzo e il coordinamento di diverse funzioni cerebrali: cognitive, comportamentali, percettive e moto-sensoriali. Quando guidiamo autoveicoli, ad esempio, le funzioni del nostro cervello lavorano in modo integrato. Per garantire una guida sicura, è necessario che tutte le funzioni cognitive si svolgano in maniera adeguata; tuttavia alcune di queste sono di volta in volta più o meno rilevanti di altre al fine di garantire la programmazione di un percorso, lo svolgimento delle procedure connesse alla guida dell'automezzo, il controllo continuo dell'ambiente esterno, e così via (Lundqvist A., 2001).

Le funzioni cognitive indispensabili allo svolgimento della guida di autoveicoli sono molteplici (ad esempio, spesso pensiamo di poter guidare anche consultando il nostro smartphone, ma l'attenzione richiesta per la guida rischia inevitabilmente di essere sottratta dall'attenzione necessaria all'uso del telefono). L'attenzione, che può essere definita come il sistema funzionale che consente di dirigere e focalizzare l'attività mentale secondo gli scopi prefissati, viene utilizzata tenendo conto delle informazioni ambientali (esterne ed interne al nostro corpo). Sono necessarie, ad un'efficace funzione attentiva, alcune precondizioni: un buono stato di vigilanza, l'assenza di disagi fisici (dolore), psichici (stress e paura), emotivi (ansia e depressione) e l'assenza di deterioramento cognitivo che impedisce corrette valutazioni di uno stimolo o di una intera situazione. Inoltre, tra le precondizioni, si rende necessaria l'assenza di assunzioni di alcool e droghe. Il sistema attentivo si avvale

di strutture cerebrali diffuse a rete e localizzate nel tronco cerebrale, a livello dei nuclei della base (soprattutto talamica), e in numerose aree della corteccia cerebrale, collegate tra loro da una fitta rete di interconnessioni intraemisferiche ed interemisferiche. Pertanto è assolutamente certo che dopo una qualsiasi cerebrolesione, sia focale che ancor più se diffusa, le capacità attentive divengano disfunzionali. La funzione attentiva è costituita da diverse sottocomponenti tra le quali le più importanti sono quelle di seguito riportate. **Attenzione selettiva:** consente ad un soggetto di dedicarsi ad un solo canale afferenziale o efferenziale. I traumatizzati cranici, come gli altri cerebrolesi, manifestano evidenti difficoltà nell'attenzione selettiva, sia per incapacità di controllare le interferenze provenienti dall'ambiente con conseguente facile distraibilità, sia perché necessitano di tempi di risposta agli stimoli più elevati della media (Mazzucchi, 1999). **Attenzione divisa:** è la capacità di rispondere simultaneamente a più stimoli ambientali, di monitorare simultaneamente più informazioni o di predisporre più richieste comportamentali. Nell'esecuzione delle attività della vita quotidiana questa funzione attentiva è sempre attiva. Nella guida dell'automobile si deve prestare attenzione contemporaneamente al percorso, alle condizioni del traffico, alla guida dell'automezzo, ed eventualmente alla conversazione con un compagno di viaggio. Gronwall & Sampson già nel 1974 avevano segnalato che i soggetti cerebrolesi, sottoposti a compiti in cui dovevano suddividere l'attenzione in tre sottoprove, se ne dimostravano incapaci. Molte altre segnalazioni bibliografiche hanno negli anni successivi confermato questo dato: i soggetti con danno cerebrale manifestano difficoltà in tutte quelle situazioni in cui una elevata quantità di informazioni rilevanti viene presentata velocemente e richiede scelte comportamentali differenziate (es. prove con tempi di reazione a scelta multipla). **Attenzione sostenuta o concentrazione:** è la capacità di mantenere un adeguato livello attentivo per tutto il tempo necessario a completare un'azione che richiede tempi prolungati, ad esempio la lettura di un testo, la risoluzione di un problema, l'esecuzione di un'attività motoria complessa e articolata. I soggetti cerebrolesi presentano notevoli difficoltà a causa della precoce affaticabilità e della facile distraibilità. Il **Supervisory Attentional System (SAS):** è un sistema di supervisione descritto da Shallice (1982,1988) che avrebbe la funzione di mantenere sotto costante controllo ogni situazione consentendoci dinamicamente di decidere, in ogni istante al variare delle informazioni ambientali, come distribuire l'attenzione volontaria e automatica. Le risorse "attentive" o "esecutive" rappresentano l'energia del Sistema Attentivo Supervisore (SAS). Sono il carburante che permette lo svolgimento di pensieri e azioni. Le funzioni, attentive o esecutive, sono processi che appartengono al Sistema Esecutivo.

Le Funzioni Esecutive si riferiscono alle capacità cognitive coinvolte nell'iniziazione, pianificazione, organizzazione e regolamentazione dei comportamenti (Stuss & Benson, 1986).

Il termine indica una serie di processi cognitivi che interagiscono tra loro per avviare pensieri e organizzare azioni funzionali al raggiungimento di uno scopo (Shallice, 1994; Benso, 2010), fornendo al soggetto le abilità necessarie per gestire il proprio comportamento.

Lo sviluppo delle funzioni esecutive avviene durante l'infanzia e coincide con la maturazione dei lobi frontali, che continua fino all'adolescenza (Fuster, 1993).

Tali funzioni consentono di manipolare mentalmente le idee, di adattarci rapidamente e in modo flessibile alle circostanze in continuo cambiamento, di ragionare, di rimanere concentrati e affrontare nuove sfide.

Permettono, inoltre, di prendere decisioni ed esercitare il controllo su ciò che facciamo (Diamond, 2013).

Grazie alle funzioni esecutive, siamo in grado di inibire gli impulsi che potrebbero metterci nei guai o che potrebbero farci prendere decisioni errate.

Ora, chiarite brevemente quali funzioni sostengono nel nostro quotidiano tante nostre azioni e tra queste la guida, possiamo facilmente comprendere come sia complesso rimettersi al volante nel traffico. Ad oggi gli accertamenti si basano su valutazioni non sempre complete. Si rende necessario inserire tra le visite mediche, in particolare dei cerebrolesi, una valutazione neuropsicologica completa, in particolare per le funzioni attentive e esecutive. All'interno dei percorsi di prevenzione potrebbe rendersi necessario valutare le capacità del guidatore e magari intervenire in termini riabilitativi, qualora possibile. È noto come i piloti della formula 1 usino strumenti che permettono di migliorare le performance alla guida. Imparare a utilizzare mezzi di prevenzione e empowerment del guidatore potrebbe salvare molte vite e inquadrare meglio le alterazioni alle quali va incontro un cerebroleso. Ignorare i rischi che stiamo correndo attualmente ci porta a chiudere gli occhi davanti a cronache di morti annunciate. Non basta ridurre la velocità per migliorare i tempi di reazione, anzi non c'è connessione diretta tra le due cose. La segnaletica stradale e anche la AI non potranno sopperire al pericolo dovuto ad un danno cerebrale. La vera prevenzione si fa sul guidatore e insieme a quella sul veicolo e sulle strade/ traffico. Ma l'attore è il guidatore e la guida è affidata al cervello; se questo è danneggiato porterà ad una guida a rischio per se e per la comunità. ■

1 - Lundqvist A., (2001) Funzioni cognitive nei conducenti con lesioni cerebrali. Anticipazione e adattamento. Dissertazione medica n. 678 dell'Università di Linköping

***Associazione Risveglio**