

Roma, 6 novembre 2003

Dipartimento
Comitato
Art. 119/10 C.d.S.

Trasporti

Terrestri

e

S.I.S.
tecnico

prot. n. 4398/M334

indirizzi omissis

Oggetto: **Direttiva per la guida dei veicoli da parte di conducenti con minorazioni multiple. (Art. 327/2 Regolamento C.d.S.).**

La direttiva allegata alla presente tende a risolvere in maniera organica -salvi i casi di particolare gravità- la questione relativa alla guida dei veicoli da parte di quanti siano affetti da patologie multiple, riguardanti cioè 3 o 4 arti.

Questione, questa, soltanto parzialmente risolta con le indicazioni contenute nella circolare n. 148 del 30/10/1991; quest'ultima, infatti, prendeva in esame un solo caso di invalidità multipla e precisamente quella interessante oltre agli arti inferiori, anche gli arti superiori **per riduzione dello sviluppo (caso 4-4/3a-3a)**.

Conseguentemente, nei casi complessi finora presentatisi all'esame delle Commissioni mediche, si è prospettata l'alternativa di prescrivere adattamenti di tipo generico (servosterzo, servofreno, freno di servizio manuale, dispositivi di controllo utilizzabili senza influenzare negativamente la guida e la manovra, ecc...) oppure di attivare la procedura indicata al punto A della citata circolare n. 148/91.

Nel primo caso, la responsabilità dell'intervento sul servofreno e sul servosterzo per "moltiplicare" la forza del disabile come pure la "progettazione" degli altri comandi, si è lasciata, di fatto, alla Ditta modificatrice del veicolo. Nel secondo caso, si è attivata una procedura tanto lunga e defaticante quanto disincentivante per l'interessato in quanto ha coinvolto l'impegno, nell'ordine, della Commissione medica locale, dell'Ufficio provinciale motorizzazione, della Direzione Generale ed, infine, del Comitato tecnico al quale ultimo è spettata l'incombenza di esprimere una valutazione conclusiva, a distanza, sulla base di soli riferimenti cartacei, senza quindi disporre di alcun dato concreto riguardante le effettive possibilità del disabile.

La stessa prova pratica prevista dall'art.119/4° del C.d.S. *"nel caso in cui il giudizio di idoneità non possa essere formulato in base ai soli accertamenti clinici"*, nei casi più gravi non riesce a fornire alla Commissione medica giudicante rassicuranti indicazioni, in quanto le condizioni di guida che possono rinvenirsi in esercizio sono estremamente diversificate rispetto a quelle che si realizzano durante la prova pratica (limitata durata della prova, bassa velocità, tratto di strada con scarso traffico). Né è da sottovalutare l'incerta posizione giuridica riguardo alla possibilità di far condurre al disabile un veicolo con patente talvolta scaduta o comunque con adattamenti non (o non ancora) autorizzati e riportati sulla patente di guida come prescritto dall'art. 116/5° del C.d.S..

Senza contare che ove trattasi di conseguimento ex novo della patente, la prova su strada non è affatto possibile, sia perché il disabile non ha ancora appreso la tecnica di guida, sia perché si sarebbe in carenza di autorizzazione per esercitarsi alla guida (c.d. foglio rosa).

Si tenga conto, infine, che, nella generalità dei casi, il disabile non dispone per la "prova pratica" di un veicolo particolarmente adattato, poiché questi attende che sia, per l'appunto, la Commissione medica a fornirgli la specificazione degli adattamenti e non viceversa.

I criteri contenuti nella direttiva in premessa si basano principalmente sulla preventiva individuazione delle effettive capacità del soggetto disabile, mediante l'utilizzazione di un'attrezzatura tecnica impostata, ai fini della guida, sia per misurare la forza che l'interessato dimostra di possedere per l'effettuazione delle operazioni di sterzata e di frenatura, sia per verificare, sempre a tali fini, l'idoneità del medesimo ad azionare i comandi di vario tipo riguardanti il freno di stazionamento, l'acceleratore ed il cambio di velocità.

La definizione del singolo caso passa, quindi, attraverso tre momenti: la rilevazione delle capacità, la conseguente individuazione degli adattamenti da prescrivere ed, infine, l'installazione di tali adattamenti sul veicolo prescelto dall'interessato; adattamenti che, per la parte riguardante il freno di servizio e lo sterzo, varieranno di intensità **a seconda del tipo di veicolo prescelto**. Partendo infatti da un determinato (e misurato) valore di forza dell'interessato, differenti, ad esempio, saranno gli interventi tecnici atti a consentire al disabile di frenare con efficacia -anche in caso di avaria del servofreno- vetture aventi caratteristiche costruttive diverse.

Altrettanto dicasi per il dispositivo di sterzo.

In quanto ai dispositivi di controllo di vario genere (illuminazione, segnalazione visiva, avvisatore acustico ecc....) la Commissione medica individuerà -per quanto possibile, concordandoli con l'interessato- i tipi che meglio si adatteranno alle possibilità del soggetto e che dovranno essere compatibili con l'azionamento degli altri comandi.

Tutti i dispositivi dovranno essere di tipo approvato; questi saranno desumibili dal sito internet www.motorizzazioneroma.it

Per quanto detto, l'impianto operativo descritto presuppone, come dato di partenza, la "misurazione" delle forze che il disabile è in grado di esprimere e la rilevazione della idoneità o meno del medesimo a compiere determinati movimenti.

E' ovvio, quindi, che l'operatività di un tale impianto è subordinata, nei fatti, alla disponibilità di una specifica attrezzatura da parte delle Commissioni mediche locali ovvero di altri soggetti che a questa riferiscano in quanto autorizzati.

L'acquisizione di tale attrezzatura e, più in generale, la gestione di questa, è questione che esorbita dalle competenze di questo Comitato, il cui compito necessariamente si esaurisce, ex art. 327/2°c del Regolamento C.d.S., con l'emanazione di una direttiva tecnica atta ad indicare le procedure con cui addivenire alla individuazione degli adattamenti necessari.

Direttiva tecnica che viene emanata con la presente.

Poiché, d'altra parte, la questione in argomento è di enorme rilevanza per coloro che -pur gravati da patologie multiple- ricercano nella guida di un veicolo la condizione per una propria autonomia di vita, si confida che le autorità sanitarie competenti definiscano nel più breve tempo possibile tutti gli strumenti normativi atti a dare concreta attuazione alla direttiva stessa.

A tal fine, si prega il Dipartimento Trasporti Terrestri e S.I.S., Direzione Generale della Motorizzazione e della Sicurezza del Trasporto Terrestre, di interessare le autorità sanitarie, centrali e locali, che riterrà competenti in materia.

Nel frattempo le Commissioni mediche non potranno che continuare a procedere come in atto, seppur con le difficoltà ed i limiti sopra cennati.

Superfluo aggiungere che questo Comitato sarà disponibile a fornire ampia collaborazione a quanti ne solleciteranno l'intervento.

IL PRESIDENTE
DEL COMITATO TECNICO
(dott. ing. Franco GIANNETTI)

MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI

**DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI TERRESTRI
E PER I SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI**

**DIREZIONE GENERALE DELLA MOTORIZZAZIONE
E DELLA SICUREZZA DEL TRASPORTO TERRESTRE**

**COMITATO TECNICO
(art.119 Codice della Strada)**

DIRETTIVA

(Art. 327/2 Regolamento di esecuzione e di attuazione del Codice della Strada)

Guida dei veicoli da parte di conducenti con minorazioni multiple

1) La allegata **SCHEDA CAPACITA' E PRESCRIZIONI** ([disponibile in formato pdf](#)), mod. multiple, riguarda le persone candidate al conseguimento della patente speciale di guida o che chiedono la modifica di quella già posseduta e che sono affette da limitazioni funzionali invalidanti, ai fini della guida, a tre o quattro arti, qualunque ne sia l'origine (tetraplegia, distrofia muscolare, traumatismi, ecc.....).

2) Detta scheda è stata concepita con l'obbiettivo di fornire alle Commissioni mediche locali il supporto tecnico necessario nei casi in cui la complessità della patologia non consenta una valutazione di tipo immediato, bensì richieda la rilevazione delle effettive capacità residue degli arti che hanno rilevanza per la guida dei veicoli.

3) Per i motivi indicati al punto 2), in sede di primo rilascio della patente speciale - fatte salve le valutazioni di ordine medico in ordine alla compatibilità della patologia, singola od associata ad altre, con la guida dei veicoli - gli adattamenti o la particolare disposizione dei comandi (con termine unico le "**prescrizioni**") che la Commissione medica locale prescriverà per compensare le limitazioni funzionali, dovranno tener conto - per quanto detto - delle effettive capacità del conducente, rilevate con il supporto di un'attrezzatura tecnica opportunamente tarata e che sia in grado di fornire le indicazioni richieste nella corrispondente parte della scheda.

4) La **Commissione medica locale** -ove non disponga presso la propria sede dell'attrezzatura di cui al punto 3)- potrà avvalersi dei risultati attestati da un Centro esterno qualora questo sia stato ritenuto idoneo dalle autorità mediche competenti alle condizioni e secondo i criteri ed i parametri indicati dalle stesse.

5) In occasione della conferma di validità della patente speciale posseduta -fatte salve le valutazioni mediche come al punto 3)- il giudizio circa l'eventuale **non idoneità** del conducente riguardo alla funzionalità degli arti, dovrà essere preceduto da una verifica delle effettive capacità secondo i criteri descritti nella presente direttiva e da una prova pratica, ai sensi dell'art. 119 del Codice della Strada, utilizzando un veicolo adattato come prescritto dalla Commissione e collaudato come da successivo punto 29).

6) Con il termine di "**Costruttore**" si intende la Ditta titolare dell'approvazione ministeriale dei dispositivi prescritti dalla Commissione medica locale e che provvede - direttamente o per il tramite di suoi fiduciari - ad installarli sul veicolo prescelto dall'interessato, sottoscrivendo la "scheda" nella parte di competenza.

7) Gli arti debbono poter azionare i comandi cui sono preposti con movimenti autosufficienti.

La capacità di ogni arto dovrà essere valutata dopo movimenti ripetuti che possano prefigurare condizioni "a regime".

L'unità di misura delle forze sarà il Newton (N).

8) Nella quantificazione della capacità di sterzata si adotterà un volante del diametro di 375 mm., eventualmente integrato, qualora necessario, con un adattamento appropriato per la presa del volante.

Il volante sarà fisso rispetto al piantone dello sterzo. Il sistema piantone-sterzo avrà invece la possibilità di una modesta escursione sul piano verticale allo scopo di consentire una migliore adattabilità della posizione di guida.

9) La resistenza applicata al volante sarà aumentata progressivamente fino a quando il disabile continuerà ad effettuare una agevole rotazione completa - due giri e mezzo, sia verso destra che verso sinistra, partendo ogni volta dalla posizione centrale del volante – nel tempo massimo, per ogni manovra, di 4 secondi.

I valori massimi raggiunti – in ambedue i sensi di rotazione - rispettivamente con l'arto superiore destro, con quello sinistro e con ambedue gli arti superiori, costituiranno i parametri della forza (N) da inserire nella scheda.

10) L'interessato non è in grado, generalmente, di indicare alla Commissione medica il tipo di veicolo prescelto, né questa sarebbe comunque in grado di conoscerne le caratteristiche tecniche per la parte riguardante la sterzata.

Sulla base dei criteri sotto specificati, la Commissione medica quindi, di regola, prescriverà un servosterzo, di serie o rinforzato o, nel caso, un joystick, che non richieda – anche in caso di avaria - una forza di entità superiore alla capacità dell'interessato.

11) Qualora ambedue gli arti superiori abbiano dimostrato di possedere una forza pressoché equivalente, salvo più specifica valutazione sarà opportuno affidare il compito di comandare lo sterzo all'arto superiore sinistro, per lasciare all'arto destro l'azionamento dei comandi del freno, dell'acceleratore e del cambio di velocità.

12) Nel caso in cui la capacità di sforzo con nessuno degli arti superiori raggiunga il valore di 10,70 N (corrispondente, con volante F 375 mm, al valore di coppia indicato dalla U.E. di 2 Nm), la Commissione medica prescriverà esclusivamente un sistema di controllo dello sterzo mediante leva (joystick) azionata dall'arto superiore sinistro o mediante volantino azionato da ambedue gli arti superiori (cod. 40.10).

13) Ove invece le prove di capacità abbiano dimostrato la sensibile prevalenza di un arto superiore rispetto all'altro, dovrà decidersi a quale dei due arti affidare, rispettivamente, il comando dello sterzo ed il comando del freno di servizio. A tal proposito motivazioni di carattere tecnico-economico fanno ritenere più opportuno affidare all'arto più valido il comando dello sterzo ed a quello meno valido il comando del freno, risultando più facilmente realizzabile (e quindi più economica) la soluzione tecnica del potenziamento del servofreno di serie rispetto a quella del potenziamento del servosterzo.

14) Per gli stessi motivi sopra esposti, se le prove di capacità effettuate e l'esame obiettivo da parte della Commissione medica consentono di ritenere che l'interessato conservi la piena validità, ai fini della guida, di un arto superiore, questo sarà riservato all'azionamento del volante (servoassistito), con presa a pomello combinata con dispositivo tipo centralina per il comando di tutto il sistema di controllo (indicatori di direzione, proiettori, accensione luci, avvisatore acustico, ecc.).

15) Sulla base della prescrizione della Commissione medica e delle capacità attestate sulla scheda, il Costruttore - qualora necessario- applicherà al veicolo prescelto dall'interessato il dispositivo di sterzo di cui detiene l'approvazione ministeriale in modo da demoltiplicare lo sforzo necessario per l'azionamento del volante e consentire al conducente – anche in caso di avaria del servosterzo - di esercitare uno sforzo non superiore a quello di cui si è dimostrato capace. I valori di sforzo del veicolo prescelto saranno desunti dal Costruttore dal verbale di omologazione di quel tipo di veicolo.

16) La valutazione della capacità di frenatura con il freno di servizio sarà effettuata utilizzando una leva a lungo braccio al volante dal lato prescelto secondo i criteri esposti in precedenza. Detta leva, nel suo punto centrale, sarà collegata mediante un'asta, pressoché perpendicolare alla leva stessa, direttamente alla pedata del freno ove sarà collocato lo strumento di misura della forza (N). Si misurerà lo sforzo medio nel tempo di manovra che l'interessato, dopo ripetute prove, si dimostrerà capace di esercitare simulando per la durata di almeno 10 sec. una frenatura di emergenza.

17) La Commissione medica prescriverà il servofreno sul freno di servizio (cod. 20.07) – di serie o rinforzato - con un dispositivo di comando del tipo a leva a lungo braccio al volante dal lato destro o sinistro, a seconda dei casi. Qualora, all'atto della rilevazione tecnica e dall'esame obiettivo si riscontri che l'arto preposto all'azionamento del freno possiede una forza molto ridotta o non è in grado di mantenere una posizione stabile, la Commissione medica prescriverà il potenziamento del freno di servizio con comando del tipo a slitta, (cod. 20.06). In ogni caso il dispositivo di comando del freno non dovrà richiedere – anche in caso di avaria del servofreno - una forza superiore a quella di cui il disabile si è dimostrato capace.

18) **In relazione alla prescrizione di cui al punto 17), il Costruttore, a seconda della capacità di forza dell'interessato, riportata sulla scheda**, applicherà al veicolo i dispositivi di cui detiene l'approvazione ministeriale in modo tale da consentire al disabile di esercitare sul pedale del freno – anche in caso di avaria del servofreno – uno sforzo di frenatura pari almeno a quello desumibile dal verbale di omologazione del tipo di veicolo prescelto.

19) Ove l'interessato, in sede di visita medica, dimostri di possedere la piena validità, ai fini della guida, di un arto inferiore, la Commissione riserverà a tale arto l'azionamento dei comandi dell'acceleratore e del freno (nessun codice se l'arto valido è il destro, cod. 25.07 se l'arto valido è il sinistro).

Qualora, invece, detto arto presenti una ridotta, ma stabilizzata, funzionalità che comporti una limitata riduzione della forza, con conservazione tuttavia di una sufficiente mobilità per l'azionamento regolare dei pedali del freno e dell'acceleratore, sarà sufficiente prescrivere l'adozione del servofreno di serie (cod. 20.07, oltre, eventualmente 25.07).

20) La Commissione medica potrà consentire l'uso di un arto inferiore per l'azionamento del solo pedale dell'acceleratore, eventualmente adattato, qualora dall'esame obiettivo e dagli accertamenti specialistici ritenuti necessari, risulti che detto arto possa svolgere detta funzione in maniera autosufficiente e continuativa.

21) A seconda dei risultati delle prove di capacità e dell'esame obiettivo, la Commissione medica potrà prescrivere che l'acceleratore venga azionato con comando manuale di tipo elettronico od a cerchietto o di altro tipo (cod. 25.04).

22) Al di fuori dei casi di cui ai punti 19) 20) e 21), il comando dell'acceleratore sarà sempre prescritto dalla Commissione medica di tipo manuale combinato con il comando del freno di servizio.

23) La capacità di azionamento del freno di stazionamento sarà attestata verificando l'idoneità o meno dell'interessato ad inserire e disinserire, con o senza presa adattata, un ordinario dispositivo di comando a mano di tipo meccanico posto sul lato destro o sinistro del conducente. Sarà altresì verificata la possibilità di azionamento del freno di stazionamento mediante un comando a pedale dal lato sinistro.

24) La Commissione medica prescriverà il dispositivo di comando del freno di stazionamento – manuale meccanico, con o senza presa adattata, ovvero a pedale, ovvero elettrico - a seconda dei risultati della verifica effettuata.

25) In base ai risultati delle prove e dell'esame obiettivo, il cambio di velocità sarà prescritto di tipo meccanico con frizione automatica ovvero di tipo automatico con o senza presa adattata. Quando necessario il comando del cambio automatico sarà prescritto di tipo elettrico; in questo caso il pulsante di comando dovrà essere facilmente raggiungibile con un arto superiore.

26) La Commissione medica prescriverà i tipi di comando dei dispositivi di controllo (indicatori di direzione, proiettori, avvisatore acustico, ecc...) più consoni alle possibilità di azionamento dell'interessato, scegliendo tra quelli di tipo approvato. In tale scelta, la Commissione terrà conto della compatibilità con il sistema di comando degli altri dispositivi di equipaggiamento (sterzo, freno di servizio, ecc...) e terrà altresì conto - ove non ostino motivi di sicurezza - della preferenza dell'interessato stesso.

27) Il conducente dovrà essere in grado di utilizzare, in maniera autonoma - seppur con il supporto di eventuali dispositivi di presa - la cintura di sicurezza, salvo che ne sia stato esentato ai sensi dell'art.172 del Codice della Strada.

Qualora il disabile utilizzi al posto di guida - in sostituzione del sedile originario - una carrozzina ancorata al veicolo mediante un sistema di ritenuta di tipo approvato per tale uso, il medesimo potrà avvalersi delle cinture di sicurezza inserite nella carrozzina stessa, sempre che anche queste siano di tipo omologato per tale uso.

28) **La scheda "capacità e prescrizioni"** sarà allegata al certificato rilasciato dalla Commissione medica locale e ne farà parte integrante.

29) Il veicolo adattato dovrà essere sottoposto a collaudo presso un Ufficio Provinciale del Dipartimento dei Trasporti Terrestri.

La carta di circolazione sarà aggiornata con le modifiche apportate.

30) L'idoneità degli adattamenti e la capacità di utilizzare la cintura di sicurezza saranno verificate all'atto dell'esame di guida per il conseguimento della patente od in occasione dell'esperimento pratico di guida nei casi previsti.

Roma, 6 novembre 2003

IL PRESIDENTE
DEL COMITATO TECNICO
(dott. ing. Franco GIANNETTI)

[SCHEDE CAPACITA' E PRESCRIZIONI \(disponibile in formato pdf\)](#)