

INFORMAZIONI PER IL MEDICO

Controindicazioni Cliniche al trasporto con Aereo di Linea di Clienti che richiedono un'assistenza speciale

Al fine di poter determinare se il paziente può effettuare il viaggio aereo indicato nel modulo A e procedere alla compilazione dei moduli B parte 1 e 2 è opportuno soffermare l'attenzione su alcuni fenomeni inerenti al volo:

- a)** La quota minima di crociera è di circa 8000 piedi (equivalente altimetrico di 2450 metri); a tale quota la pressione parziale dell'ossigeno subisce una riduzione del 25-30% (ipossia relativa). Tale situazione può determinare turbe nel passeggero che abbia compromessi i meccanismi di adattamento. La depressione nella cabina induce una dilatazione dei gas contenuti nella cavità dell'organismo. I passeggeri, normalmente, non avvertono detto aumento di volume. Può accadere che il passeggero, soprattutto a seguito della rapidità di decollo, che tuttavia non supera mai i 200 mt/minuto, avverta il fenomeno dell'espansione gassosa con cui si instaura la variazione di altitudine nell'interno della cabina. A bordo di un aereo di linea il fattore fisiologico più importante da considerare è la modesta depressione atmosferica che si instaura con il volo.
- b)** L'accelerazione, al momento del decollo, aumenta al massimo di 0,3 "g". Anche tale fenomeno è scarsamente avvertito dal passeggero. Il passeggero può avvertire, invece, un certo disagio legato al tipo di malattia da cui è affetto. L'accelerazione induce, infatti, uno spostamento emodinamicamente piuttosto lieve. Se l'accelerazione si somma ai movimenti indotti da un'eventuale turbolenza ed a fattori psicologici, si può avere l'insorgenza del "mal di movimento".
- c)** La luminosità dell'atmosfera è intensa, ciò può indurre talvolta uno stato di lacrimazione ed iperemia congiuntivale in soggetti con apparato visivo sensibilizzato. L'uso di lenti scure può costituire un mezzo preventivo appropriato.
- d)** Le variazioni di fuso orario per i viaggi aerei intercontinentali possono essere rilevanti. Ad esempio, un aereo da Roma a New York impiega circa 8 ore e con le variazioni del fuso orario la giornata del passeggero è di 30 ore anziché 24. Nel viaggio di ritorno la giornata è ridotta a 18 ore. Il cambiamento di clima ha la sua importanza. Talvolta in poche ore si può passare da un clima equatoriale a zone temperate o fredde senza che l'organismo abbia avuto il tempo di raggiungere fisiologicamente un adattamento. Lo spostamento altimetrico ha talvolta un significato particolare. Nel caso, ad esempio, di un viaggio a Nairobi (1800 mt) la quota di arrivo può essere superiore a quella di pressurizzazione creata alla partenza da Roma. La rapidità della variazione di questi fattori si ritiene sia sempre da considerare in modo attento per gli ammalati.

In considerazione di quanto sopra, il viaggio aereo è controindicato per i pazienti per i quali il quadro clinico corrisponda a uno di quelli di seguito specificati:

- 1)** Gravi condizioni cardiovascolari come: a. grave scompenso cardiaco o recente trombosi di grossi vasi; b. infarto del miocardio. I passeggeri in tali condizioni non sono accettabili entro quattro settimane dall'episodio acuto;
- 2)** Abbiamo subito immissioni di gas, come per esempio pneumotorace o introduzione di aria nel sistema nervoso per ventricolo grafi, pneumomediastino, pneumoperitoneo, ecc.;
- 3)** siano affetti da malattie mentali e/o del sistema nervoso, che necessitano di psicofarmaci maggiori e che non siano accompagnati; per i passeggeri affetti da disabilità di tipo cognitivo, intellettuale o nello sviluppo (identificati nel trasporto aereo con la codifica DPNA), è necessario il parere di uno specialista in neurologia, psichiatria o neuro-psichiatria per stabilire la possibilità per il passeggero di viaggiare da solo o accompagnato, l'eventuale terapia da effettuare pre e durante il volo e la tipologia di accompagnatore necessario in relazione anche alla durata del viaggio.
- 4)** siano affetti da otite media;
- 5)** siano stati colpiti recentemente da poliomielite (trascorsi meno di 30 giorni dall'episodio acuto della malattia). Qualsiasi stadio di poliomielite bulbare;
- 6)** siano affetti da tumori di grandi dimensioni nella cavità toracica, ernia grave non sostenuta, occlusione intestinale, malattie con conseguente aumento della pressione endocranica, fratture del cranio e coloro che presentino recente frattura della mandibola;
- 7)** presentino insufficiente resistenza della cicatrice chirurgica a seguito di recenti interventi chirurgici;
- 8)** bambini prematuri o nati da meno di 7 giorni;
- 9)** siano affetti da patologie dovute a ipercoagulabilità del sangue senza essere in terapia antitrombotica (es. Ictus);
- 10)** Passeggeri diabetici che siano stati ricoverati nei 30 giorni precedenti al volo. NB. per le indicazioni relative ai passeggeri diabetici e per le informazioni generali sui passeggeri per i quali è prevista un'assistenza speciale, si prega di prendere visione della sezione "Assistenze Speciali" del sito www.ita-airways.com.

Si ricorda che, per motivi di salute pubblica, non può essere autorizzato al volo il passeggero affetto da patologie contagiose e diffuse.

Per le donne in stato di gravidanza, si ricorda che il volo è consentito fino alla 36^a settimana di gestazione; a partire dalla 28^a settimana dovrà essere prodotto un certificato di nulla osta al volo redatto e firmato dal ginecologo di riferimento. In caso di gravidanza gemellare o plurigemellare, il volo è consentito fino alla 32^a settimana di gestazione; dovrà essere prodotto comunque un certificato di nulla osta al volo.

Se il medico che compila il MEDIF necessita di assistenza nella predisposizione del documento, ITA Airways mette a disposizione un servizio di consulenza medica, raggiungibile via e-mail all'indirizzo: medicalservices@ita-airways.com. Tale servizio rispetta i seguenti orari: - dal lunedì al venerdì, dalle 09:00 alle 17:00 GMT Roma, Italia.

NB: al fine di consentire il corretto espletamento del servizio di consulenza ogni comunicazione dovrà essere formulata in LINGUA ITALIANA o LINGUA INGLESE

MODULO A - FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO UN'ASSISTENZA SPECIALE

A cura del Cliente o suo Rappresentante/Delegato

(Scrivere in stampatello, rispondere a tutte le domande e mettere una "X" sulle caselle interessate)

1. **Cognome/Nome** _____
2. **Codice di prenotazione (PNR)** _____
3. **Itinerario proposto** (il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo) _____
4. **Compagnia(e)/numero(i) volo(i)/classe(i)/data(e)** _____

MODULO B (Parte 1) - FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO AUTORIZZAZIONE MEDICA

A cura del Medico

I passeggeri PRM che hanno bisogno del nullaosta sanitario al volo devono presentare il presente modulo compilato e firmato dal medico e dal cliente o dal suo rappresentante/delegato. Inviare il modulo a: **Customer Information Assistance Office** e contattare il numero dedicato.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679 - I dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente al fine di fornire il trasporto e servizi connessi alle esigenze specifiche da Lei rappresentate. Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati sia strumenti elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati. Il Titolare del trattamento è ITA Italia Trasporto Aereo S.p.A. con sede legale in Via XX Settembre 97 Roma, Italia.

Per l'esercizio dei diritti ai sensi dell'art. 7 potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei dati o al Titolare contattabile anche presso la seguente casella di posta elettronica: dpo@ita-airways.com

1. **Cognome/Nome del paziente** _____
Età _____ Sesso _____ Nazionalità _____ Altezza cm _____ Peso kg _____

2. **Medico (Cognome/Nome)** _____
Indirizzo Ospedale _____ Contatto telefonico: Cellulare/Studio _____

3. **Diagnosi in dettaglio, natura e date di ogni operazione recente** _____

La malattia è contagiosa? Sì No (Se **SI** il passeggero non può viaggiare)

4. **Una riduzione parziale nell'ambiente, dal 25% al 30%, della pressione d'ossigeno (ipossia relativa) influisce sulle condizioni mediche del paziente?** (La pressione minima in cabina equivale ad una rapida salita in montagna ad una altezza di 2400 metri sopra il livello del mare e si verifica al raggiungimento di 8000 piedi di altitudine): Sì No

5. **Informazioni cliniche aggiuntive**

a. Controllo della vescica normale Sì No Se no, indicare il modo in cui è controllata _____

b. Controllo dell'intestino normale Sì No Se no, indicare il modo in cui è controllata _____

6. **Accompagnatore**

a. Il paziente è in grado di viaggiare da solo? Sì No

b. Se no, l'assistenza all'imbarco/sbarco da parte della Compagnia può essere sufficiente? Sì No

c. Se no, il paziente ha un accompagnatore in grado di prendersi cura delle sue necessità a bordo (medicine, pasti, toilette)? Sì No ; Cognome/Nome Accompagnatore: _____

Tipologia Medico Infermiere Altro: _____

7. **Mobilità** Il paziente è in grado di camminare senza assistenza Sì No ;

La sedia a rotelle è necessaria fino all'aereo fino al posto

8. **Seduta** Il paziente può stare seduto in un normale sedile d'aereo con le gambe piegate? Sì No

(Se **No** il viaggio sarà consentito solo attivando il servizio barella)

9. **Lista farmaci necessari per il viaggio/altre informazioni mediche** (esempio farmaci, apparati elettromedicali)

MODULO B (Parte 2) - FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO AUTORIZZAZIONE MEDICA

A cura del Medico

10. Patologie cardiache Sì No Se **SI** specificare Classe funzionale _____

(Se la risposta è **NO** non è necessario compilare i campi a-b-c-d)

a. Angina Sì No Quando è stato l'ultimo episodio? _____ Le condizioni sono stabili? Sì No

b. Infarto del miocardio Sì No Data _____

Complicazioni Sì No Se sì, indicare dettagli _____

Se ha subito angioplastica o bypass coronarico Sì No

c. Insufficienza cardiache Sì No Quando è stato l'ultimo episodio? _____

Il paziente è controllato con farmaci Sì No

d. Sincope Sì No Quando è stato l'ultimo episodio? _____

11. Patologie polmonari croniche Sì No

a. Il paziente usa ossigenoterapia a casa? Sì No Se sì, indicare quanto flusso l/m _____

b. Ha necessità di ossigeno a bordo fornito dalla compagnia aerea:

(Gassoso, erogazione continua 4l al minuto) Sì No

c. Usa un suo concentratore di ossigeno a bordo? Sì No

Se **Sì**, indicare il flusso, marca modello _____

12. Patologie Psichiatriche in comorbidità Sì No

13. Crisi epilettiche Sì No

a. Che tipo di crisi? _____

b. Frequenza delle crisi? _____

c. Quando è stata l'ultima crisi? _____

d. Le crisi sono controllate da farmaci? _____

14. Prognosi per il viaggio Buona Sfavorevole

15. In base alla Patologia/Condizioni è necessario un nuovo MEDIF per il volo di rientro Sì No

Dichiaro di aver preso integralmente visione del modulo "Informazioni per il Medico". Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver visitato il/la paziente sopra indicato e visionato la sua relativa documentazione clinica, accertando che risulta in condizioni di salute idonee a sostenere il viaggio con aereo di linea. Mi obbligo a comunicare ad ITA Airways con congruo anticipo rispetto al giorno di partenza ogni eventuale variazione dello stato di salute che possa compromettere l'esecuzione in sicurezza del trasporto aereo.

Firma del medico (indicare numero iscrizione albo o codice fiscale) _____

Luogo e data _____

ITA Airways si riserva la possibilità, attraverso il proprio Ente Medicina, di verificare le condizioni di salute dichiarate nel MEDIF e negare la prenotazione/l'imbarco se a causa delle stesse ravveda pericoli per la sicurezza e la regolarità del trasporto aereo, la sicurezza e la salute degli equipaggi e dei passeggeri o se non sia possibile fornire l'assistenza richiesta. **Nota:** Gli assistenti di volo non sono autorizzati a fornire assistenza speciale ad un particolare cliente, a detrimento del servizio offerto agli altri clienti. Gli assistenti di volo sono addestrati e abilitati solo per interventi di Primo Soccorso e non è consentito loro di effettuare iniezioni o somministrare farmaci. Possono aprire le confezioni di cibo, ma non alimentare il paziente, possono accompagnarlo fino alla toilette ma non all'interno, per queste funzioni è fortemente raccomandato un assistente personale. **Importante:** gli eventuali onorari, inerenti sia alle informazioni di cui sopra che alle attrezzature speciali fornite dal vettore, sono a carico del cliente interessato. Per le apparecchiature di proprietà dei clienti, informare ITA Airways, almeno 48 ore prima del volo per verificare se possono essere imbarcate e utilizzate in sicurezza.

Dichiarazione del cliente o suo delegato/rappresentante. In funzione delle dichiarazioni rilasciate nel presente Modulo (parte B1 e B2), relativamente alla/e patologia/e segnalata/e, pongo a mio esclusivo carico il rischio di eventuali danni alla salute cagionati dal trasporto aereo richiesto, sin d'ora sollevando il vettore, i suoi dipendenti, addetti e agenti, da ogni e qualsivoglia conseguente responsabilità.

Io sottoscritto autorizzo (nome del medico incaricato della compilazione) _____

a fornire alle Compagnie Aeree le informazioni relative allo stato di salute in considerazione del viaggio aereo, per il qual motivo io sottoscritto sollevo il mio medico curante dal suo dovere professionale di riservatezza riguardo a queste informazioni, e accetto di saldare i suoi onorari. Preso atto delle informazioni ricevute mediante l'informativa resa dal Titolare, esprimo il mio consenso al trattamento di tutti i dati personali e/o sensibili necessari all'espletamento delle funzioni sopra descritte. Mi dichiaro a conoscenza del fatto che, se accettato per il trasporto, il mio viaggio sarà soggetto alle Condizioni Generali di Trasporto e ai regolamenti tariffari del vettore interessato e che il vettore non assume particolari responsabilità, oltre a quelle previste dalle suddette condizioni di trasporto e regolamenti tariffari. Acconsento a rimborsare, su domanda, il vettore per tutte le spese speciali o costi in relazione al mio trasporto.

Firma del cliente o suo delegato/rappresentante _____ **Luogo e Data** _____

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati al solo fine della esecuzione del contratto di trasporto e in conformità di quanto prescritto dalla normativa di cui al Regolamento EU 2016/679 e dal D.lgs n. 196/2003 e ss.mm. ii (D.lgs n. 101/2018) Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati.

Firma del cliente o suo delegato/rappresentante _____ **Luogo e data** _____