

Allegato al modulo "B" 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 in cabina può aggirarsi sull'equivalente altimetrico esterno massimo di 2450 metri (circa 8000 piedi), quota peraltro raggiunta dai nostri aeromobili solo occasionalmente e per brevissimi periodi di tempo, a tale quota la pressione parziale dell'ossigeno subisce una riduzione del 25-30% (ipossia relativa). Tale situazione può essere avvertita e 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) abbiano gravi condizioni cardiache come:
 - a. grave scompenso cardiaco o recente trombosi coronarica,
 - b. infarto del miocardio.

I passeggeri in tali condizioni non sono accettabili entro quattro settimane dall'episodio acuto;

- 2) Abbiano subito immissioni di gas, come per esempio pneumotorace o introduzione di aria nel sistema nervoso per ventricolografia, pneumomediastino, pneumoperitoneo, ecc.;
- 3) siano affetti da malattie mentali e/o del sistema nervoso, che necessitano di tranquillanti 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 con occlusione della tromba di Eustachio;
- 5) siano affetti da malattie infettive o trasmissibili;
- 6) siano affetti da malattie repulsive o contagiose della pelle;
- 7) siano stati colpiti recentemente da poliomielite (trascorsi meno di 30 giorni dall'episodio acuto della malattia). Qualsiasi stadio di poliomielite bulbare;
- 8) 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;
- 9) presentino insufficiente resistenza della cicatrice chirurgica a seguito di recenti interventi chirurgici;
- 10) passeggeri in stato interessante nei 7 giorni precedenti il parto e puerpere nei 7 giorni successivi il parto;
- 11) bambini prematuri o nati da meno di 7 giorni;
- 12) siano affetti da patologie dovute a ipercoagulabilità del sangue senza essere in terapia anti-trombotica (es. Ictus)
- 13) 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 Alitalia.com

Se il medico che compila il MEDIF e autorizza il viaggio aereo ritenesse opportuno ricevere assistenza nella predisposizione del documento, ALITALIA mette a disposizione un servizio di consulenza medica in Medicina Aeronautica, raggiungibile via e-mail all'indirizzo INFOMEDIF@alitalia.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 "B 1" FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO AUTORIZZAZIONE MEDICA

I passeggeri PRM che hanno bisogno del nullaosta sanitario al volo devono presentare, oltre al presente modulo (parte 1 e 2) compilato firmato e timbrato dal medico curante e firmato dal cliente o dal suo rappresentante/delegato, anche il modulo A "Informativa per i clienti che richiedono un'assistenza speciale".

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 ALITALIA S.p.A. in AS con sede legale in Via A. Nasseti Pal. ALFA - 00054 Fiumicino (RM) 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: pdo@alitalia.com

DA COMPILARE AL COMPUTER A CURA DEL MEDICO CURANTE

Rispondere a tutte le domande. Inserire una X nelle caselle. Inviare il modulo a: Alitalia Contact Center

1. Cognome/nome del paziente _____

Età _____ Sesso _____ Nazionalità _____ Altezza cm _____ Peso Kg _____

2. Medico (Cognome/Nome) _____

Indirizzo/Ospedale: _____ Tel. Reparto _____

Contatto telefonico (+ prefisso) preferibilmente Cellulare _____ Studio: _____

3. Diagnosi in dettaglio (incluso data d'inizio della malattia in corso, episodio o incidente e trattamento)

_____ La malattia è contagiosa? Sì No

Natura e date di ogni operazione recente _____

4. Sintomi attuali e gravità _____

5. Una riduzione parziale nell'ambiente, dal 25% al 30%, della pressione d'ossigeno (ipossia relativa) influisce sulle condizioni mediche del paziente? (La pressione in cabina equivale ad una rapida salita in montagna ad una altezza massima di 2400 metri sopra il livello del mare):

Sì No Non sicuro Può equivalere

6. Informazioni cliniche aggiuntive

a. Anemia Sì No Se sì, scrivere i recenti risultati dei livelli di emoglobina _____

b. Disordini psichiatrici o epilessia Sì No Se sì, completare la parte B 2 punto 3

c. Condizioni Cardiache critiche Sì No Se sì, completare la parte B 2 punto 1

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

e. Controllo dell'intestino normale Sì No

f. Difficoltà respiratorie Sì No Se sì, completare la parte B 2 punto 2

g. Il paziente usa ossigenoterapia a casa? Sì No Se sì, indicare quanto _____

h. Ha necessità di ossigeno a bordo? Sì No Se sì, indicare il flusso l/m _____

ii. Usa un suo concentratore di ossigeno a bordo? Sì No Se sì, indicare quanto _____

7. 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 (medicines, pasti, toilette)? Sì No

d. Se sì, chi accompagna il paziente? Medico Infermiere Altro

e. Se altro, è l'accompagnatore in grado di fornire assistenza per tutte le necessità indicate sopra? Sì No

8. Mobilità

Il paziente è in grado di camminare senza assistenza Sì No ; La sedia a rotelle è necessaria fino all'aereo fino al posto

9. Seduta Il paziente può essere seduto in un normale sedile d'aereo? Sì No se la risposta è no, il viaggio sarà con barella

10. Lista farmaci necessari per il viaggio _____

11. Altre informazioni mediche _____

MODULO "B 2" FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO AUTORIZZAZIONE MEDICA

12. Patologie cardiache

- a. **Angina** Sì No Quando è stato l'ultimo episodio? _____
Le condizioni sono stabili? Sì No
Classe funzionale del paziente Assenza di sintomi Angina: con importante sforzo con moderato sforzo a riposo
Il paziente può salire 10 – 12 gradini senza sintomi? Sì No
- b. **Infarto del miocardio** Sì No Data _____
Complicazioni Sì No Se sì, indicare dettagli _____
ECG da sforzo eseguito? Sì No Se sì, quale è stato il risultato? _____
Se ha subito angioplastica o bypass coronarico, il paziente può salire e scendere 10 – 12 gradini senza sintomi Sì No
- c. **Insufficienza cardiache** Sì No Quando è stato l'ultimo episodio? _____
Il paziente è controllato con farmaci Sì No
Classe funzionale del paziente Assenza di sintomi Dispnea: con sforzi importanti moderato sforzo a riposo
- d. **Sincope** Sì No Quando è stato l'ultimo episodio? _____
Indagini? Sì No Se sì, stato dei risultati _____

13. Patologie polmonari croniche Sì No

- a. Il paziente ha subito di recente immissione di gas nelle arterie? Sì No
- b. Gas nel sangue somministrato in: tenda a ossigeno camera iperbarica altro se altro, come? _____
Risultati: pCO2: _____ pO2 _____
Il paziente ha trattenuto CO2? Sì No
Le condizioni sono recentemente peggiorate? Sì No
Il paziente può salire 10 – 12 gradini senza sintomi? Sì No
Il paziente ha già preso un volo commerciale in queste condizioni?

14. Patologie Psichiatriche Sì No

(se si allegare anche il parere, su ricettario del medico, di uno tra i seguenti specialisti: Neurologo/Psichiatra/Neuro-Psichiatra a meno che non lo sia il medico compilatore.) Sono uno specialista in uno dei seguenti settori: Neurologia; Psichiatria; Neuro-Psichiatria;

Pertanto dichiaro che il passeggero è IDONEO / NON IDONEO al viaggio aereo in relazione alla durata del volo. Durata ore.....

- a. C'è possibilità che il paziente diventi agitato durante il volo? Sì No Il paziente ha già utilizzato un volo commerciale? Sì No
Se sì, indicare la data del viaggio _____ Il paziente può viaggiare solo? Sì No Se no, chi lo accompagna? Indicare qualifica:
 Medico Infermiere Altro _____ Nome: _____ tel. _____

15. 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? _____

16. Prognosi per il viaggio: BUONA SFAVOREVOLE se buona:

E' necessario un nuovo MEDIF per il volo di rientro: Sì No data prevista del rientro _____

Dichiaro di aver preso integralmente visione del modulo "Informazioni per il Medico". Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver sottoposto a visita il sig./la sig.ra _____ e di aver contestualmente visionato la relativa documentazione clinica, accertando che lo stesso risulta in condizioni di salute idonee a sostenere il viaggio con aereo di linea. Mi obbligo a comunicare ad Alitalia - con congruo anticipo rispetto al giorno di partenza - ogni eventuale variazione dello stato di salute del sig./sig.ra _____ che possa compromettere l'esecuzione in sicurezza del trasporto aereo.

Firma e timbro del medico _____ **Luogo e data** _____

Alitalia 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 Alitalia **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 (inserire il nome del medico curante) _____ 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. Accento 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** _____