ANNESSO 1

Marca da bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO / CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

☐ A ☐ C ☐ D2
Navigazione entro 12 miglia di distanza dalla costa

☐ A ☐ C ☐ D2
Navigazione senza alcun limite di distanza dalla costa

☐ limitata alle sole unità a motore

☐ per qualsiasi tipo di unità

☐ B
Nave da diporto

☐ D1

SI CERTIFICA CHE

__ Sig./Sig.ra_____,

nat__ a _____ _____, il ___/___/_____,

provincia/Stato _____, cittadinanza _____,

codice fiscale _____, residente a _____,

provincia/Stato _____, documento di identità/riconoscimento _____ numero _____ rilasciato da _____

In conseguenza dell'accertamento medico-legale, è giudicato
□ **IDONEO** □ **NON IDONEO**
per il conseguimento / la convalida della patente nautica indicata in prospetto.

VALIDITÀ DELLA PATENTE NAUTICA: **anni _____**

□ NESSUNA PRESCRIZIONE

□ OBBLIGO DI LENTI (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)

□ OBBLIGO DI PROTESI ACUSTICA

ALTRE PRESCRIZIONI _____

_____

_____

LIMITAZIONI _____

_____

_____

ADATTAMENTI _____

_____

_____

ANNOTAZIONI _____

_____

_____

_____, lì ___/___/_____

Timbro e firma e del medico certificatore

Ritirato il ___/___/_____

_____
(*firma dell'interessato*)

OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente _____

Membro _____

Membro _____

Avverso il presente giudizio è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro del certificato.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente certificazione, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno trattati dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, de[1] _____, utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e conservati secondo il principio della minimizzazione, esclusivamente per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge in relazione ai procedimenti amministrativi di rilascio, di revisione e di convalida della patente nautica.

Data ___/___/_____ Firma del dichiarante _____

(da firmare in presenza del medico
o del presidente della Commissione medica locale)

[1] Indicare l'autorità competente che riceve il certificato medico in allegato alla domanda. Compilazione riservata all'autorità competente.

ANNESSO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(da firmare in presenza del medico)

__ sottoscritt_____,

nat__ a _____ _____, il ___/___/_____,

provincia/Stato _____, cittadinanza _____,

codice fiscale _____, residente a _____,

provincia/Stato _____, documento di identità/riconoscimento _____ numero _____ rilasciato da _____ nell'ambito dell'accertamento medico-legale di idoneità psichica e fisica al conseguimento/convalida della patente nautica di categoria ___, tipo ___,

DICHIARA

in relazione agli stati patologici e/o condizioni psicofisiche di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio. Se sì, indicare quali: _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista cardiologo[1].**	*SI*	*NO*
Sussistono patologie dell'apparato respiratorio. Se sì, indicare quali: _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista pneumologo.**	*SI*	*NO*
Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo: □ insulino-dipendente □ NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali). **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista diabetologo.**	*SI*	*NO*
Sussistono altre patologie endocrine. Se sì, indicare quali: _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista endocrinologo.**	*SI*	*NO*
Soffre o ha sofferto di disturbi psicologici o di patologie psichiche (*ad es.: ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo borderline, disturbo da stress post traumatico, psicosi, paranoia, schizofrenia, disturbo dello spettro autistico…*). Se sì, indicare quali e in quale periodo: _____ _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.**	*SI*	*NO*
È o è stato in terapia con barbiturici, sonniferi, tranquillanti, correttori dell'umore, antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici o altri farmaci ad effetto psicotropo. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e la posologia: _____ _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.**	*SI*	*NO*

[1] In tutte le voci, se esistente. Il medico accertatore o la commissione medica locale valuta l'eventuale ricorso a visita specialistica. In luogo dell'accertamento specialistico, può essere acquisito il referto di strutture ospedaliere pubbliche o medico-legale.

Ha o ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (*ad.es.: guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, terapie di disintossicazione o di cura della dipendenza…).* Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____ _____ **Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.**	*SI*	*NO*
Fa uso di derivati della cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, [meta]amfetamine, LSD, MDM o altre sostanze stupefacenti o psicotrope. Segue percorsi di disintossicazione o di cura della dipendenza. Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____ _____ **Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.**	*SI*	*NO*
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando: _____ Eventuali accertamenti o terapie: _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo traumatologo.**	*SI*	*NO*
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche o convulsioni. Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____ _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.**	*SI*	*NO*
È soggetto con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)? Se sì, specificare la tipologia: _____ **Acquisire e conservare copia del certificato di diagnosi di DSA.**	*SI*	*NO*
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali: _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista ematologo.**	*SI*	*NO*
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (*ad es. insufficienza renale cronica, tubolopatie, …*) Se sì, specificare la gravità (LIEVE, MODERATA o GRAVE): _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista nefrologo o urologo.**	*SI*	*NO*
Sussistono o sono sussistite patologie oncologiche. Se sì quali: _____ Eventuale terapia pregressa o in atto: _____ _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oncologo.**	*SI*	*NO*
Assume o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno altre medicine, oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e il dosaggio: _____ _____	*SI*	*NO*
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali: _____ **Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oculista.**	*SI*	*NO*
Porta lenti a contatto di tipo _____	*SI*	*NO*
Ha problemi di udito.	*SI*	*NO*
Porta protesi acustiche di tipo _____	*SI*	*NO*

Dichiarazione del richiedente

Il richiedente, consapevole delle sanzioni penali e della perdita degli eventuali benefici previsti dagli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti informazioni non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare, dichiara di non fare abuso di alcolici e di non assumere sostanze stupefacenti o psicotrope.

_____, lì ___/___/_____ Firma del richiedente

_____

VISTA la sottoelencata documentazione, prodotta e acquisita agli atti:

- ☐ dichiarazione anamnestica, sottoscritta dall'interessato/a in mia presenza, ed eventuali allegati
- ☐ certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato
- ☐ certificazione/i specialistica/che [3]: _____

_____

_____;

CONSIDERATO che l'interessato/a non presenta sintomi che rivelino abuso o stato di dipendenza da bevande alcoliche e/o consumo o stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona

VERIFICATO che l'interessata/o:

PRESENTA obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e/o deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possono pregiudicare la sicurezza della navigazione da diporto in relazione al tipo di patente nautica richiesta SI □ NO □

PRESENTA obiettività clinica e precedenti anamnestici, che propendono per la presenza di malattie progressive della vista, che richiedono accertamenti strumentali del campo visivo [2] SI □ NO □

PRESENTA, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

- del senso cromatico [2] SI □ NO □
- della sensibilità al contrasto [2]
- della sensibilità all'abbagliamento [2] SI □ NO □
- dei tempi di recupero dopo abbagliamento [2] SI □ NO □
- della visione crepuscolare [2] SI □ NO □

POSSIEDE acuità visiva in visione [2] Naturale □ Corretta □ Binoculare □ Monoculare □

OCCHIO DESTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10

OCCHIO SINISTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10

La condizione di vista monoculare è $\frac{\text{organica}}{\text{funzionale}}$ [1] ed è posseduta da un periodo > a sei mesi, tale da aver consentito l'adattamento.

Percepisce la voce di conversazione **a metri** □ 2 □ 4 □ 8 **a dx** ed a metri □ 2 □ 4 □ 8 **a sx**

senza (1) / con protesi monoaurale (1) / binaurale acustica.

Possiede tempi di reazione a stimoli, semplici e complessi luminosi e acustici, sufficientemente rapidi e regolari (2)

SI □ NO □

SI GIUDICA IL SIG./LA SIG.RA_____

IDONEO/A □ NON IDONEO/A □ (1)

per il conseguimento/la convalida della patente nautica di categoria ____, tipo ____, con le seguenti indicazioni (2):

□ NESSUNA PRESCRIZIONE

□ OBBLIGO LENTI

□ OBBLIGO PROTESI ACUSTICA

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA AD ANNI _____

ALTRE PRESCRIZIONI _____

_____

_____

LIMITAZIONI _____

_____

_____

ANNOTAZIONI _____

_____

_____

Data ___/___/_____ Timbro e firma e del medico certificatore

(1) Cancellare la parte che non interessa
(2) Contrassegnare con **X** la voce (o le voci) di interesse
(3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente _____

Membro _____

Membro _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale de _____, in caso di necessità, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e private. Inoltre _____ (*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data ___/___/_____ Firma del dichiarante _____

(da firmare in presenza del medico
o del presidente della Commissione medica locale)

ANNESSO 3

Certificato medico specialistico cardiologico per patente nautica di categoria ___, tipo ___, con abilitazione alla navigazione _____ dalla costa

Si certifica che il Sig./la Sig.ra_____ C.F. _____, nato/a a _____, il ___/___/_____ è affetto/a da (selezionare i casi che ricorrono e cancellare le voci che non interessano):

1. Ipertensione arteriosa **SI/NON** in controllo farmacologico, ultimo valore PA ____ ____ (vedi punto A);
2. Bradiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope **SI/NON** corrette, con scomparsa del sintomo dopo posizionamento di PM (attualmente **normofunzionante/malfunzionante**) in data ___/___/_____ (ultima sostituzione ___/___/_____), con ultimo controllo in data ___/___/_____ e con durata residua del generatore stimata in _____ **mesi/anni**;
3. Bradiaritmie o tachiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope portatore di loop recorder;
4. Bradiaritmie o tachiaritmie con anamnesi **positiva/negativa** per sincope con RIFIUTO DEL PAZIENTE ad impianto di PM/ICD;
5. Cardiopatia che ha portato ad impianto di ICD o CRTD (vedi modulo specifico per defibrillatori);
6. Aritmia **sopraventricolare/ventricolare** (compresa fibrillazione atriale) in buon controllo farmacologico o sottoposta ad ablazione a **basso/alto** rischio di sincope **CON/SENZA** segni di cardiopatia strutturale (vedi punto A), EHRA score_____;
7. Sintomatologia da angina (**stabile in CCS _____**, **instabile**, **di Prinzmetal/vasospastica/microvascolare**);
8. Cardiopatia ischemica cronica:
   - **SI/NON** post-infartuale con **(**IMA del _____), ultimo valore di FE _____ (vedi punti 9 e A);
   - Coronaropatia **monovasale/bivasale/trivasale** rivascolarizzata mediante **nr _____ PCI/nr _____ CABG** a **basso/alto** rischio ischemico residuo con ultimo test ergometrico del _____ risultato _____;
9. Cardiomiopatia dilatativa ad eziologia (specificare) _____ con ultimo valore di FE _____, **SI/NON** portatore di ICD o CRTD (vedi punto A), classe NYHA _____;
10. Valvulopatia: **stenosi/insufficienza aortica grado _____**, **stenosi/insufficienza mitralica grado _____**, **stenosi/insufficienza tricuspidalica grado _____**, **stenosi/insufficienza polmonare grado _____** sottoposta **SI/NON** a intervento **percutaneo/chirurgico** di _____ in data ___/___/_____ (vedi punto A e referto allegato);
11. Trapianto di cuore, dispositivo di assistenza ventricolare in sede, cardiopatia congenita complessa (vedi referto visita di controllo in data ___/___/_____);
12. Cardiomiopatie strutturali ed elettriche (specificare): **cardiomiopatia ipertrofica (HCM)**, **cardiomiopatia aritmogena (ARVD, ARVC, ACM, ...)**, **cardiomiopatia dilatativa (DCM, vedi punto 9)**, **amiloidosi cardiaca**, **cardiomiopatia restrittiva**, **non compattazione miocardica**, **malattia di Chagas**, **sindrome del QT lungo**, **sindrome del QT corto**, **sindrome di Brugada**, **tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica** (vedi referto visita di controllo del ___/___/_____);
13. Dissezione/aneurisma aortico del tratto (specificare) _____, con diametro massimo _____, **NO** **SI** sottoposto a riparazione **percutanea/chirurgica** in data ___/___/_____, ultimo controllo strumentale in data ___/___/_____ (vedasi referto allegato);

DATI DA RIPORTARE OBBLIGATORIAMENTE:

A. Ultimo controllo ecocardiografico (o altra metodica strumentale se più indicata, ad es. TC, RM, …) in data ___/___/_____ (allegato);

B. Terapia in atto: _____

_____

_____

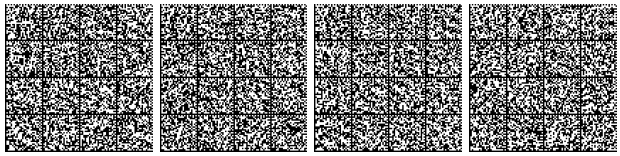
C. Altri referti allegati: _____

_____

D. Altro (specificare): _____

_____

_____, lì ___/___/_____ TIMBRO E FIRMA DEL CARDIOLOGO



Certificato per pazienti portatori di defibrillatore automatico
(da presentare all'atto della visita presso la Commissione Medica Locale)

Si attesta che il/la Sign./Sign.ra_____
nato/a il__/__/_____ a _____,
C.F. _____ è paziente portatore di defibrillatore automatico impiantabile.

Diagnosi che ha condotto all'impianto (indicare la patologia)

_____

_____

Data del 1° impianto ___/___/_____ Data ultima sostituzione ___/___/_____

Indicazione all'impianto: □ Prevenzione primaria □ Prevenzione secondaria

Attivazione/i (specificare se con ATP o shock):

□ MAI

□ Si, pregressa/e (in data anteriore a 6 mesi)

□ Sì, negli ultimi 6 mesi (data ___/___/_____; ___/___/_____; ___/___/_____; ___/___/_____)

Motivo dell'ultima attivazione: □ FV □ TV

L'attivazione/i, anche se pregressa/e, ha determinato presincope/sincope?

□ NO

□ Sì, solo una volta (in data ___/___/_____) e da tale episodio è trascorso **più**/**meno** di 1 anno di condizioni cardiologiche stabili

□ Sì, più di una volta

FE ____ % rilevata all'ultimo ecocardiogramma effettuato in data ___/___/_____

□ stabile □ in miglioramento □ in peggioramento

(in caso di eco non recente spiegarne i motivi)

_____

_____

Classe NHYA □ I □ II □ III □ IV

Terapia antiaritmica in corso □ SI □ NO

Condizioni cardiologiche generali (in rapporto alla stabilità della patologia):

□ quadro clinico stabile (non modificazioni significative del quadro patologico cardiaco, assenza di ricoveri recenti, non modifiche della terapia)

Ovvero

□ ricovero negli ultimi 6 mesi (data ___/___/_____). Motivo del ricovero: _____

_____

□ modifica della terapia farmacologica □ Sì □ No

Risultanze di eventuali altri accertamenti strumentali utili all'inquadramento del caso (ECG, prova da sforzo, ecc):

_____

_____

_____

_____

Data: ___/___/_____ TIMBRO E FIRMA DEL CARDIOLOGO

ANNESSO 4

VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO PER LA NAVIGAZIONE DA DIPORTO DEI SOGGETTI AFFETTI DA APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO (OSAS) E RELATIVA MODULISTICA CERTIFICATIVA PER LO SPECIALISTA CHE DEVE ESSERE ACQUISITA DAL MEDICO MONOCRATICO O DALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Certificazione di idoneità alla navigazione da diporto per pazienti affetti da apnee ostruttive nel sonno (OSAS)

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti affetti da OSAS, in riferimento alla valutazione di pericolosità per la navigazione da diporto, si individuano i seguenti criteri:

- per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza per la navigazione da diporto, gli elementi che dovranno essere considerati sono:

  a) per rientrare in un profilo di **RISCHIO BASSO (giudizio demandato al medico monocratico)**:
     - russamento rumoroso e abituale (tutte le notti)
     - russamento persistente (da almeno 6 mesi)
     - russamento intermittente
     - sonnolenza diurna di tipo lieve
     - sonnolenza assente
     - ipertensione arteriosa in compenso farmacologico
     - diabete mellito tipo 2

  b) quando al russamento è associata una delle seguenti complicanze, per rientrare in un profilo di **RISCHIO MEDIO (giudizio demandato alla commissione medica locale)**:
     - diabete mellito tipo 1
     - ischemia cardiaca recente (meno di 1 anno) o ben controllata
     - broncopneumopatie
     - sonnolenza diurna eccessiva

  c) per rientrare in un profilo di **RISCHIO ELEVATO (giudizio demandato alla commissione medica locale):**
     - ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (meno di 1 anno) o non ben controllata, aritmie (FA)

- Il Certificato specialistico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.
- In presenza di rischio medio ed elevato il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale

Questionario "SONNOLENZA DIURNA" da compilare a cura del medico monocratico

Signore/a _____

Capita di appisolarsi frequentemente nelle seguenti situazioni?

1.	Davanti alla televisione	□ SI	□ NO
2.	In treno o in autobus o in macchina se non guida	□ SI	□ NO
3.	Leggendo il giornale	□ SI	□ NO
4.	Al cinema o ad una conferenza	□ SI	□ NO
5.	Conversando con qualcuno o durante i pasti	□ SI	□ NO
6.	Alla guida, nelle brevi soste del traffico?	□ SI	□ NO

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI:
Risposte tutte negative: SONNOLENZA ASSENTE
Risposte positive fino a 3: PRESENZA DI LIEVE SONNOLENZA DIURNA
Risposte positive da 4 a 6: PRESENZA DI ECCESSIVA SONNOLENZA DIURNA

NB: nei casi di presenza di eccessiva sonnolenza diurna il giudizio è demandato alla COMMISSIONE MEDICA LOCALE.

Questionario sulla sonnolenza di Epworth
da compilare a cura della Commissione Medica Locale

Sig./ra _____

Che probabilità hai di appisolarti o di addormentarti nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?
La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo di tempo. Qualora tu ti sia trovato di recente in nessuna delle situazioni elencate, prova ad immaginare come ti saresti sentito.

Usa la seguente scala per scegliere il punteggio più adatto ad ogni situazione:
0 = non mi addormento mai
1 = ho qualche probabilità di addormentarmi
2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi
3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

A. Seduto mentre leggo ____
B. Guardando la televisione ____
C. Seduto, inattivo, in un luogo pubblico (a teatro, a una conferenza, …) ____
D. Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta ____
E. Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione ____
F. Seduto mentre parlo con qualcuno ____
G. Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza aver bevuto alcolici ____
H. Alla guida, fermo per pochi minuti nel traffico (semafori, code, rallentamenti, …) ____

TOTALE ____

Data ___/___/_____

Indicazioni operative alle Commissioni Mediche Locali per la valutazione del profilo di rischio per la sicurezza della navigazione da diporto dei soggetti con OSAS o con sospetto di essere affetti da OSAS

Per la valutazione del profilo di rischio per la sicurezza della navigazione da diporto, in relazione al pericolo derivante da condizioni di sonnolenza diurna e di riduzione della capacità di concentrazione ed attenzione dei soggetti con OSAS o con sospetto di OSAS, la Commissione Medica Locale provvede all'esecuzione del test sotto descritto, finalizzato a valutare la riduzione del livello di vigilanza dovuto a condizioni di sonnolenza diurna, eventualmente associato all'utilizzazione della scala di Epworth (ESS Epwort Sleepiness Scale).

Condizioni di impiego:

- **Soggetto affetto da sonnolenza diurna eccessiva**

Test dei tempi di reazione per valutare il livello di vigilanza
Apparecchiatura per l'esecuzione del test: Misuratore automatico dei tempi di reazioni a stimoli semplici e complessi, visivi e acustici, fornito di programma per valutare le condizioni di vigilanza.

Esecutori del test: Medici di cui all'articolo 36, commi 4 e 5, del decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti 29 luglio 2008, n. 46 (regolamento di attuazione del codice della nautica da diporto).

Descrizione del Test "Vigilanza" e modalità di esecuzione:

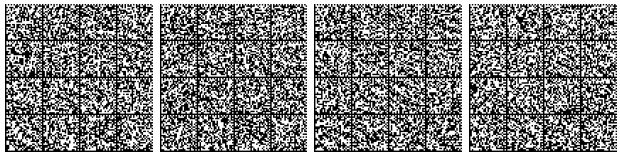
Durata: 10 minuti (5 minuti per 2 volte in sequenza senza interruzioni)

Descrizione: somministrazione in sequenza rapida di stimoli luminosi rossi alternati in modalità random a stimoli luminosi arancio (in media 1 stimolo al secondo per 5 minuti, per un totale di 300 stimoli, di cui 250 rossi e 50 di colore arancio frammisti ai rossi, con presentazione a frequenza variabile di uno stimolo arancio valido ogni 2-10 stimoli rossi). L'esaminato deve premere il pulsante a sua disposizione quando compare il LED arancio.
Per l'apprendimento da parte dell'interessato è opportuno far precedere il test da una somministrazione di prova di 50 stimoli visivi di cui 10 di colore arancio.

Condizioni ambientali: il test è effettuato in un ambiente confortevole, in cui non siano presenti stimoli distraenti, dotato di sedia/poltrona comoda, in condizioni di illuminazione adeguate (circa 300 lux), mantenute costanti. L'apparecchiatura utilizzata è in grado di registrare i risultati e fornire una copia cartacea o di conservarli in memoria per futura stampa.

Interpretazioni dei risultati del test in funzione del livello di rischio e provvedimenti conseguenti

L'interessato potrà rientrare in un profilo di **basso livello di rischio** per la sicurezza della navigazione da diporto, limitatamente all'aspetto dell'**eccessiva sonnolenza diurna**, in caso di risultato al test pari o superiore all'8° decile. Per tali soggetti, ossia per coloro i quali siano affetti dalla sola eccessiva sonnolenza diurna, non sussistono particolari necessità di prescrizioni e limitazioni di validità della patente nautica.



In caso di risultato del test compreso fra il 4° e il 7° decile, è indicata l'integrazione della valutazione della sonnolenza diurna con l'utilizzazione della scala di Epworth (ESS Epworth Sleepiness Scale). Un punteggio non superiore a 11 permette di inquadrare l'interessato in un **livello di rischio medio**, limitatamente all'aspetto dell'eccessiva sonnolenza diurna, che necessita di controlli ravvicinati nel tempo per verificare la sussistenza di condizioni di adeguata vigilanza, con limitazione della validità della patente nautica a 5 anni per i soggetti con meno di 50 anni; a 3 anni per i soggetti con più di 50 anni.

Rientra in un profilo di rischio elevato il soggetto, per il quale sia stato riscontrato un risultato del test inferiore al 4° decile oppure un punteggio della scala di Epworth superiore a 11. Per tali soggetti sussiste la necessità di integrare il giudizio con l'acquisizione di valutazione specialistica.

Per coloro i quali presentino valutazione specialistica, nella quale il giudizio è ritenuto medio in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA NAVIGAZIONE DA DIPORTO **limitatamente alle apnee ostruttive e alle complicanze riscontrate,** si consiglia di limitare la validità temporale della patente nautica a 5 anni per i soggetti con meno di 50 anni, a 3 anni per i soggetti con età compresa tra i 50 e i 70 anni ed a 1 anno per i soggetti di età superiore ai 70 anni.

CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA RILASCIATA DA STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA, NEI CASI DI RISCHIO MEDIO ED ELEVATO – GIUDIZIO DEMANDATO ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Sig./ra _____

Nato/a _____, il ___/___/_____, C.F. _____

Per il rilascio o convalida della patente nautica

1. Risultati della polisonnografia o monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

   AH1 _____

2. Compliance dimostrata alla terapia:

   □ Buona □ Accettabile □ Insufficiente

   Monitorata con _____

3. Sonnolenza diurna:

   □ Assente □ Lieve □ Eccessiva

4. Terapia praticata:

   □ ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel, _____)

   □ apparecchio endo-orale di avanzamento mandibolare

   □ intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)

   □ altra terapia _____

Giudizio complessivo sull'efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna:

□ EFFICACE
□ SCARSAMENTE EFFICACE
□ NON EFFICACE

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA NAVIGAZIONE DA DIPORTO, limitatamente alle apnee ostruttive e le complicanze riscontrate

□ MEDIO si propone la validità di:

□ 5 anni (paziente di età < 50 anni)
□ 3 anni paziente di età > 50 anni e < 70 anni)
□ 1 anno (paziente di età > 70 anni)

□ ELEVATO

Data: __/__/_____

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione Firma del Medico Specialista

Note: nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endo-orale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo. Il giudizio sulla compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite

ANNESSO 5

VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO PER LA NAVIGAZIONE DA DIPORTO DEI SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO E RELATIVA MODULISTICA CERTIFICATIVA PER LO SPECIALISTA CHE DEVE ESSERE ACQUISITA DAL MEDICO MONOCRATICO O DALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Certificazione di idoneità alla navigazione da diporto per pazienti affetti da diabete mellito

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità per la navigazione, si individuano i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come controllo glicemico **BUONO**, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità per la navigazione da diporto, un valore di emoglobina glicata <9.0%; non adeguato in caso di valori >9.0%;
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 di gestirla precocemente e adeguatamente;
   b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedano 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 della navigazione, 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
   - cardiopatia ischemica ben controllata
   - neuropatia autonomica o sensitivo-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
   - retinopatia non proliferante, se con buona conservazione del visus
   - 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 proliferante, se con buona conservazione del visus
   - nefropatia, se solo con macroalbuminuria
   - controllo glicemico **NON ADEGUATO**
   - giudizio sull'ipoglicemia **ACCETTABILE**

   c) per rientrare in un profilo di **RISCHIO ELEVATO:**
   - retinopatia proliferante, con riduzione del visus
   - neuropatia autonomica o sensitivo-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 anteriore a 3 mesi
- Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno, con l'eccezione dell'emoglobina glicata, il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi
- Nei casi di profilo di rischio medio o elevato, il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale
- In presenza di un controllo glicemico **NON ADEGUATO**, il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

Patenti Nautiche - Paziente diabetico

Data ___/___/_____

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____, prov./Stato _____, il ___/___/_____,

C.F. _____, è affetto/a da diabete mellito tipo _____ dal ___/___/_____

TERAPIA attuale:

☐ **nutrizionale** ☐ **ipoglicemizzanti orali** ☐ **insulina** ☐ **ipoglicemizzanti orali + insulina** ☐ **altro**

Specificare farmaci e posologia: _____

_____

☐ 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 ☐ non proliferante ☐ proliferante ☐ edema maculare

✓ Neuropatia ☐ autonomica ☐ sensitivo - motoria ☐ uso di farmaci specifici

✓ Nefropatia ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria ☐ I.R.C.

✓ Complicanze cardiovascolari: ☐ TIA/Ictus ☐ Cardiopatia ischemica

☐ Angiopatia arti inferiori clinicamente severa

✓ Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità per la navigazione da diporto:

☐ **BUONO** ☐ **NON ADEGUATO**[1] ☐ **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 navigazione da diporto:

limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

☐ BASSO si propone la validità di:

☐ 10 anni (paziente di età < 50 anni)

☐ 5 anni (paziente di età > 50 anni e < 70 anni)

☐ 3 anni (paziente di età > 70 anni)

☐ MEDIO si propone la validità di:

☐ 5 anni (paziente di età < 50 anni)

☐ 3 anni (paziente di età > 50 anni e < 70 anni)

☐ 1 anno (paziente di età > 70 anni)

☐ ELEVATO non idoneo

Firma dell'interessato *per presa visione e ritiro certificazione* **Firma del Medico Specialista**

[1] In presenza di un controllo glicemico non adeguato, il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

ANNESSO 6

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra _____

C.F. _____

Da me in cura da **più** / **meno** (*cancellare la voce che non interessa*) **di un anno,**

presenta / **non presenta** (*cancellare la voce che non interessa*) **pregresse condizioni morbose**

che possono costituire un rischio attuale per la navigazione da diporto, in riferimento ai seguenti disturbi del sistema nervoso:

1. Il paziente è in cura con un trattamento farmacologico?	No		Sì		
	da meno di 2 anni	da più di 2 anni			
2. Il paziente non presenta crisi epilettiche da almeno due anni?	No		Sì		
3. Il paziente è stato colpito da una crisi epilettica provocata? (*Allegare EEG*)	No		Sì		
			Il fattore scatenante è stato il seguente: _____	Le probabilità che la crisi epilettica provocata si possa ripresentare in navigazione da diporto sono:	
				SCARSE	ELEVATE
4. Il paziente ha manifestato un'unica o prima crisi epilettica non provocata?	No		Sì		
			Più di 10 anni fa	Più di 6 mesi fa	Meno di 6 mesi fa
5. Il paziente ha perso conoscenza?	No		Sì (indicare il motivo e quando):		
			Sussiste il rischio di ricorrenza:	Sì	
				No	
6. Il paziente ha manifestato crisi epilettiche?	Sì		No		Mai
			Da meno di un anno	Da più di un anno	
7. Il paziente ha manifestato crisi epilettiche esclusivamente durante il sonno?	Sì		No		Mai
			Da meno di un anno	Da più di un anno	
8. Il paziente ha manifestato crisi senza effetti sullo stato di coscienza e sulla capacità d'azione?	Sì		No		Mai
			Da meno di un anno	Da più di un anno	
9. Il paziente ha manifestato crisi epilettiche dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia?	Sì		No		Mai
			Da meno di un anno	Da più di un anno	
10. L'esame dell'elettroencefalogramma ha evidenziato un'attività epilettiforme?	Sì		No		
11. Il paziente ha un tumore cerebrale o una lesione strutturale intracerebrale?	Sì		No		
12. Il paziente ha una malformazione artero-venosa?	Sì		No		
13. Il paziente ha subito TIA, ischemie, ictus o emorragie cerebrali?	Sì		No		
14. Il paziente ha una diagnosi per malattia di Parkinson?	Si		No		
15. Il paziente ha una diagnosi per malattia di Alzheimer-Perusini?	Si		No		
16. Il paziente ha una diagnosi di demenza senile?	Si		No		

Data ___/___/_____

Timbro del Medico Specialista in Neurologia **Firma del Medico**

ANNESSO 7

REQUISITI VISIVI PER PAZIENTE MONOCULO

Signore/a _____

Monoculo/a da:	> 6 mesi	□	< 6 mesi	□
Rischio di progressione della patologia	Assente	□	Presente	□

CAMPO VISIVO BINOCULARE	RICHIESTA	OTTENUTA
Estensione orizzontale complessiva	120°	
Estensione verso destra	60°	
Estensione verso sinistra	60°	
Estensione verso l'alto	25°	
Estensione verso il basso	30°	
Difetti nei 30° centrali BINOCULARMENTE	No	

ATTENZIONE

Le condizioni oculari accertate durante l'esecuzione degli esami non corrispondono alle condizioni oculari che occorrono nella navigazione da diporto.

La presente certificazione, accertativa della patologia a carico dell'apparato visivo del paziente, è rilasciata al medesimo su sua specifica richiesta.

Data: ___/___/_____

Timbro e firma
del medico specialista in malattie dell'apparato oftalmico