



29/06/2023
Data

Protocollo N° 0349682
Class: G.900.01.1
Fasc.

Allegati N°

1 per tot.pag. 12

Oggetto: Trasmissione deliberazione n. 723 del 22 giugno 2023 “Trattamento con Ossigenoterapia iperbarica”

Ai Direttori Generali
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 scaligera

Ai Presidenti
AIOP
ARIS
Loro sedi

Si comunica che con la deliberazione n. 570 del 9 maggio 2023, è stata aggiornata la deliberazione n. 852 del 5 marzo 1996 “Ossigenoterapia Iperbarica” e la n. 1912 del 23 dicembre 2015 “Indicazioni al trattamento con ossigenoterapia iperbarica”.

Si trasmette, quindi, in allegato, per gli eventuali adempimenti di competenza, la deliberazione n. 723/2023.

Si chiede inoltre, alle SSVV di divulgare la deliberazione in oggetto alle strutture private accreditate della propria area di riferimento.

Distinti saluti.

Il Direttore
Dr. Claudio Pilerci
Firmato digitalmente

Allegato: DGR n. 723 del 22 giugno 2023

Responsabile procedimento: Dr. Claudio Pilerci
Dirigente a supporto: Dott.ssa Monica Briani
Telefono: 041/2793758 (diretto) – 041/2791501 (segreteria)
E-mail: programmazione sanitaria@regione.veneto.it

copia cartacea composta di 1 pagina, di documento amministrativo informatico firmato digitalmente da CLAUDIO PILERCI, il cui originale viene conservato nel sistema di gestione informatica dei documenti della Regione del Veneto - art.22.23.23 ter D.Lgs 7/3/2005 n. 82

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Tel. 0412791501-1502-3513-3756

PEC area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail programmazione sanitaria@regione.veneto.it



Proposta n. 893 / 2023

PUNTO 29 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 22/06/2023

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 723 / DGR del 22/06/2023

OGGETTO:

Trattamento con Ossigenoterapia iperbarica



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Assente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Assente
	Francesco Calzavara	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
Segretario verbalizzante	Roberto Marcato	Presente
	Lorenzo Traina	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Trattamento con Ossigenoterapia iperbarica

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente atto si propone l'aggiornamento delle deliberazioni n. 852 del 5 marzo 1996 "Ossigenoterapia Iperbarica" e n. 1912 del 23 dicembre 2015 "Indicazioni al trattamento con ossigenoterapia iperbarica" alla luce delle evidenze scientifiche emerse negli ultimi anni.

Il relatore riferisce quanto segue.

L'Ossigeno Terapia Iperbarica (OTI) è una prestazione di medicina ad alta specializzazione che richiede competenze cliniche, chirurgiche e di pronto intervento, inserita nell'ambito dell'Anestesia e Rianimazione. Nel corso degli anni le prestazioni di OTI hanno trovato riconoscimento nazionale di cui al DM 7 novembre 1991 "Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali", che prevede tali prestazioni nella branca di Anestesia sotto la voce "ossigeno terapia iperbarica: per seduta", e sono state oggetto di una serie di provvedimenti regionali.

Il primo provvedimento regionale, ovvero la deliberazione n. 3906 del 12 luglio 1991 successivamente rettificata con la deliberazione n. 4149 del 14 settembre 1993, ha regolamentato l'autorizzazione all'instaurazione di rapporti convenzionali di alcune Aziende ULSS con centri privati per la medicina iperbarica per l'erogazione di tali prestazioni, definendo nel contempo in un apposito schema di convenzione i requisiti del centro iperbarico, le modalità di accesso dei pazienti, gli orari di attività, l'attivazione dei servizi di emergenza, i corrispettivi delle prestazioni e le modalità di pagamento.

Con la deliberazione n. 301 del 1° febbraio 1996 è stato recepito il nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e il relativo sistema di remunerazione delle strutture pubbliche e private e dei professionisti erogatori, modificando il sistema di remunerazioni delle strutture pubbliche e private e dei professionisti erogatori con decadenza delle precedenti convenzioni.

Nel Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, di cui alla deliberazione n. 859 del 21 giugno 2011 e s.m.i., le prestazioni di ossigenoterapia iperbarica sono contrassegnate dalla nota IR*, rappresentante il fatto che tali prestazioni, non presenti nel nomenclatore nazionale, risultano erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) solo presso ambulatori specialistici specificatamente riconosciuti ed abilitati dalla Regione ed erogabili direttamente all'utente presso strutture pubbliche e private specificatamente autorizzate e solo secondo specifiche linee guida cliniche.

La Regione del Veneto, raccordando le precedenti specifiche regionali con l'evoluzione tecnologica e clinica, con la deliberazione n. 852 del 5 marzo 1996 recante "Ossigenoterapia iperbarica", ha fornito le indicazioni per le quali l'ossigenoterapia iperbarica è di elezione, quelle per le quali è di sicuro vantaggio da sola o in associazione ad altre terapie mediche e chirurgiche, quelle che possono trarre vantaggio, ma ancora in via sperimentale e di ricerca e che richiedono preordinati protocolli d'accesso, mentre con la deliberazione n. 1912 del 23 dicembre 2015, "Indicazioni di trattamento con ossigenoterapia iperbarica", ha stabilito che l'accesso all'ossigenoterapia iperbarica in emergenza sia limitato a determinate condizioni cliniche, sostituendo, pertanto, l'indicazione delle patologie per le quali è necessaria l'ossigenoterapia iperbarica di cui all'allegato della deliberazione n. 852/96. Di conseguenza, per tutte le altre condizioni cliniche per le quali sono presenti prove di efficacia, supportate da evidenze scientifiche, l'attività risulta programmabile, ovvero eseguibile nel normale orario lavorativo diurno dei giorni feriali.



Premesso quanto sopra alla luce delle recenti evidenze disponibili della letteratura scientifica di riferimento, con il presente atto si propone di approvare il documento “Ossigeno Terapia Iperbarica” redatto dalla Direzione Programmazione Sanitaria con la collaborazione dell’Associazione Veneta dei Centri Iperbarici riportato nell’**Allegato A** quale parte integrante del presente atto.

Si propone che l’indicazione delle patologie/condizioni cliniche per le quali è attualmente riconosciuto il trattamento di terapia Iperbarica a carico del SSR, sia periodicamente aggiornata da un gruppo di esperti che verrà individuato con successivo Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria, sulla base delle indicazioni riconosciute dalle Linee Guida e dalla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) nel pieno rispetto delle norme di sicurezza vigenti per i contenitori a pressione, come di fatto è la camera iperbarica.

Le indicazioni fornite con la presente deliberazione decorrono a partire dal 1 settembre 2023.

Con il presente provvedimento si propone di dare mandato alla Direzione Programmazione e Controllo SSR dell’Area Sanità e Sociale, di valutare un eventuale incremento delle tariffe parametrato all’incremento ISTAT 2006/2022.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all’approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l’approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto del Ministero della Sanità 7 novembre 1991;
VISTO la deliberazione n. 3906 del 12 luglio 1991;
VISTO la deliberazione n. 4149 del 14 settembre 1993;
VISTA la deliberazione n. 301 del 1 febbraio 1996;
VISTA la deliberazione n. 852 del 5 marzo 1996;
VISTA la deliberazione n. 859 del 21 giugno 2011 e s.m.i.;
VISTA la deliberazione n. 1912 del 23 dicembre 2015;
VISTA le Linee guida Ispesl 2017;
VISTA la UNI EN 14931;
VISTA le linee guida SIMSI e UHMS;
VISTO l’art. 2, comma 2, della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il documento “Ossigeno Terapia Iperbarica”, di cui all’**Allegato A** parte integrante del presente atto;
3. di dare atto che le indicazioni fornite con la presente deliberazione decorrono a partire dal 1 settembre 2023;
4. di incaricare il Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria dell’individuazione, con successivo Decreto, di un gruppo di esperti con il compito di aggiornare periodicamente le patologie/condizioni cliniche oggetto di terapia Iperbarica;
5. di incaricare il Direttore della Direzione Programmazione e Controllo SSR della valutazione di un eventuale incremento delle tariffe parametrato all’incremento ISTAT 2006/2022;



6. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Dott. Lorenzo Traina -





OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA

REQUISITI DELLA STRUTTURA

I Centri che erogano ossigenoterapia iperbarica sono abilitati a trattare qualsiasi tipo di paziente sia per i casi urgenti che per i casi non urgenti, secondo quanto indicato nella DGR n. 1912 del 23 dicembre 2015, e, oltre a rispettare i requisiti previsti dalla Legge Regionale n. 22 del 2022, devono possedere i seguenti requisiti:

1. almeno 2 camere iperbariche multiposto, idonee al trattamento di pazienti barellati, di cui una di pronto utilizzo per l'emergenza, abilitate ad effettuare trattamenti in ossigeno e/o aria con pressione massima di esercizio fino a 4 atmosfere assolute (3 atmosfere relative);
2. almeno una sala di medicazione dotata di apparecchiature per l'assistenza cardio-respiratoria
3. Un locale per lavaggio e disinfezione di materiali
4. Rispetto delle norme di sicurezza e di impiantistica per tutto ciò che attiene l'attività iperbarica ,totalmente autonomo per quanto attiene i gas e l'energia di emergenza.
5. Un Direttore Sanitario specialista in Anestesia e Rianimazione o specialista e/o esperto in medicina iperbarica con almeno 2 anni di esperienza documentata presso un centro iperbarico o in possesso di diploma di formazione a specifico indirizzo subacqueo/iperbarico con un master universitario di II livello
6. Un numero adeguato di medici in grado di assicurare la presenza al centro nell'orario di effettuazione delle terapie nonché la reperibilità h 24 per 365 giorni/anno
7. Un numero adeguato di figure sanitarie (infermieri o tecnici iperbarici) in grado di assicurare l'assistenza in camera iperbarica durante le terapie.
8. Almeno 3 tecnici con diploma di scuola superiore o con attestato che documenti la pratica svolta per almeno 3 anni in una struttura sanitaria idonea

Relativamente al punto 7, si sottolinea che la presenza del personale all'interno della camera iperbarica è regolato dalle linee guida ISPESL (Circolare 30 settembre 1998, n. 102) per la gestione in sicurezza delle camere iperbariche multiposto in ambiente clinico. Molte Regioni hanno regolamentato la presenza del solo personale infermieristico all'interno della camera iperbarica con propri atti deliberativi mentre in altre Regioni la presenza del solo infermiere è ammessa pur senza un atto deliberativo a monte.

In analogia con la maggior parte delle Regioni italiane, la Regione del Veneto propone che, il Direttore Sanitario del Centro Iperbarico o suo delegato valuti e decida su che tipo di assistenza sanitaria debba essere assicurata ai pazienti all'interno della camera iperbarica. Pertanto, durante ogni trattamento l'assistenza sanitaria può essere garantita anche con personale infermieristico, come evidenziato al punto 7., all'interno della camera iperbarica, mentre il personale medico dovrà assicurare la presenza al centro nell'orario di effettuazione delle terapie e garantire la reperibilità nelle 24 ore per 365 giorni all'anno.

Il Centro Iperbarico è sottoposto al controllo dell'Azienda Ulss nel cui territorio è ubicato ed è tenuto a comunicare alla medesima i nominativi ed i titoli professionali del personale medico, infermieristico e tecnico operante presso il Centro e l'elenco delle apparecchiature di cui è dotato, aggiornandolo periodicamente con indicazioni sulla funzionalità.



1b08a286



CONDIZIONI CLINICHE CON INDICAZIONE AL TRATTAMENTO CON OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA

Condizione clinica	Evidenze e indicazioni	Tempistica
Intossicazione da monossido di carbonio (CO)	L'uso dell'OTI come parte di un algoritmo di gestione dell'intossicazione da CO è supportata dall'evidenza empirica.	Urgenza
Malattia da decompressione	L'uso dell'OTI come cura standard è supportato dall'evidenza empirica.	Urgenza
Embolia gassosa	L'uso dell'OTI come cura standard nei casi severi è supportato da basi teoriche e studi osservazionali.	Urgenza
Infezione acuta e cronica dei tessuti molli a varia eziologia	L'uso dell'OTI come parte di un algoritmo di gestione, in associazione a terapia chirurgica e antibioticoterapia, è supportato da basi teoriche e studi osservazionali	
Gangrena gassosa e infezioni necrosanti dei tessuti molli	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicato in associazione a terapia chirurgica e antibioticoterapia.	Urgenza
Ulcere delle estremità inferiori nel diabetico	Alcune evidenze indicano che l'OTI sia efficace nel ridurre le amputazioni del piede (25%). Studi con carenze metodologiche suggeriscono che l'OTI in combinazione con la terapia convenzionale sia efficace. L'OTI è indicata elettivamente nelle ulcere diabetiche ischemiche in presenza di un flusso ematico efficace (PA Sist. alla caviglia >40 mmHg) e una TcPO ₂ basale >10mmHg. L'OTI è elettiva nelle ulcere diabetiche ischemiche gravi (grado 3-5 Wagner) con alto rischio d'amputazione. La gangrena umida deve essere trattata con urgenza con OTI (anche prima di una possibile rivascularizzazione). L'OTI assume un ruolo adiuvante nell'ulcera neuropatica.	Urgenza in caso di gangrena umida
Lesioni da schiacciamento, sindrome compartimentale	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Può essere un coadiuvante alla terapia convenzionale in caso di rischio di perdita funzionale, perdita di un lembo o se il paziente è in pericolo di vita. Indicazione all'OTI: MESS ≥ 7 In tutti i pazienti MESS 5-6 Nei pazienti A RISCHIO (con diabete mellito, malattie vascolari periferiche, collagenopatie) MESS 3-4 Paziente gravemente compromesso (con diabete mellito, malattie vascolari periferiche, collagenopatie)	Urgenza



1b08a286



Ulcere arteriose degli arti inferiori e vasculiti	<p>Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.</p> <p>L'OTI è indicata elettivamente nelle ulcere arteriopatiche in presenza di un flusso ematico efficace (PA sist. alla caviglia >40 mmHg) e una TcPO2 basale >10mmHg.</p> <p>L'OTI è elettiva nelle ulcere arteriopatiche con alto rischio d'amputazione</p> <p>L'OTI è consigliata in pazienti con ulcere infette destinati all'impianto di una protesi vascolare nella preparazione al trattamento chirurgico di rivascolarizzazione</p>	
Ulcere venose	<p>Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.</p> <p>L'OTI è applicata a scopo adiuvante nel caso di sovrainfezioni refrattarie della lesione ed è adiuvante per la preparazione alle procedure ricostruttive.</p> <p>E' comunque raccomandato attuare una corretta elastocompressione dell'arto inferiore interessato prima di avviare il paziente all'OTI.</p>	
Ulcere da Compressione	<p>Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.</p> <p>L'OTI può essere indicata in caso di ulcere da pressione periferiche (es. talloni) con evidenti deficit arteriosi. Prima di iniziare l'OTI devono essere attuate le procedure di riduzione della pressione sulle aree lese e deve essere corretto l'eventuale stato di malnutrizione proteica riportando i valori di albumina e transferrina nel range di normalità.</p>	
Osteonecrosi asettica	<p>Indicata per la "necrosi avascolare della testa del femore":</p> <p>Osteonecrosi in fase iniziale (stadio 1 – 2A e 2B di Ficat e stadio 1 -2 di Steinberg), documentata da Radiografia e RMN</p> <p>Per le altre sedi si considera fase iniziale quella in cui non sono presenti alterazioni della morfologia (profilo esterno) dell'osso.</p>	
Fratture a rischio (chiuse con vascolarizzazione terminale o esposte in tutte le altre ossa)	<p>L'uso dell'OTI come parte di un algoritmo di gestione</p> <p>Piccola esposizione (<1 cm): nessuna indicazione</p> <p>Esposizione > 1 cm, ma senza perdita di tessuto: soltanto nei pazienti "a rischio" per patologie preesistenti</p> <p>Frattura conseguente a trauma ad alta energia, ma senza esposizione: soltanto nei pazienti "a rischio" per patologie preesistenti</p>	



1b08a286



	Frattura complicata da esposizione ossea, danno periostale e sofferenza tessuti molli: necessaria, e da applicare con tempestività Frattura esposta associata a danno arterioso che richiede riparazione chirurgica: necessaria, e da applicare il più precocemente possibile	
Innesti cutanei e lembi a rischio	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.	
Lesioni da radioterapia	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.	
Cancro e tessuti tumorali esposti a radioterapia	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.	
Lesioni tissutali postattiniche	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicazione per: 1. Osteoradionecrosi della mandibola 2. Ulcera radionecrotica 3. Prevenzione dell'osteoradionecrosi della mandibola irradiata pre-estrazione dentaria 4. Enteriti e cistiti post-attiniche	
Osteomieliti croniche refrattarie	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicata in caso di infezione ossea persistente dopo almeno 6 settimane di terapia antibiotica mirata ed almeno un trattamento chirurgica di pulizia della lesione.	
Ipoacusia improvvisa e trauma acustico	Indicato nella sordità improvvisa traumatica o di origine vascolare.	Entro tre mesi.
Ustioni	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard.	
Parodontopatie	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicato in Parodontite cronica grave, con tendenza alla riacutizzazione anche dopo terapia odontoiatrica (scaling e rootplaning)	
Sindrome algodistrofica	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicato in caso di fallimento della terapia convenzionale	
Retinite pigmentosa	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicato in caso di diagnosi precoce di Retinite pigmentosa	



1b08a286



Trombosi dell'arteria della retina o di branca	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicato in caso di diagnosi precoce di occlusione dell'arteria retinica o di un suo ramo qualora venga instaurata entro 90 minuti e fino 24 ore dall'esordio della sintomatologia.	Urgenza
Anemia severa	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. Indicato nell'impossibilità di trasfusione	Urgenza

MODALITÀ DI ACCESSO

Imprescindibile all'accesso alla camera iperbarica è la valutazione dell'idoneità al trattamento da parte del Direttore Sanitario del Centro iperbarico o suo delegato. Tale valutazione è volta a determinare il possesso o meno, da parte del paziente, dei requisiti necessari per sottoporsi alla terapia iperbarica, e non entra nel merito delle indicazioni espresse dal curante, se non previo totale accordo con il medico prescrittore.

La visita di idoneità, che rappresenta un momento chiave di tutta l'impostazione terapeutica, deve rispondere a determinati requisiti:

- deve essere un esame approfondito del paziente e della sua documentazione clinica;
- durante la visita devono essere fornite al paziente le informazioni più esaurienti sulla modalità della terapia, probabilità dei tempi di durata ecc.;
- durante la visita deve essere illustrato al paziente il comportamento da tenere prima di accedere alla camera iperbarica (con informazioni riguardanti vestiario, sostanze da usare sulla pelle, oggetti permessi e proibiti), e devono essere fornite istruzioni sul comportamento da tenere in camera iperbarica sia durante i trattamenti d'elezione, sia per fronteggiare un'eventuale emergenza.

Paziente ospedaliero

Il paziente ospedaliero viene inviato, previo contatto telefonico con la struttura, accompagnato da richiesta del reparto inviante, eventualmente vidimato dalla Direzione Medica Ospedaliera o avvallato da accordi con la struttura stessa, indicante diagnosi e numero di trattamenti richiesti.

Al momento del contatto telefonico verrà inoltre specificato lo "stato" del paziente (deambulante, barellato, tracheostomizzato, intubato con ventilazione assistita, paziente particolare da trattare singolarmente, ecc.)

Anche il paziente ospedaliero viene sottoposto a visita di idoneità prima di iniziare i trattamenti.

Paziente ambulatoriale

Il paziente, per il primo accesso, deve presentare la richiesta del medico specialista del SSN (ospedaliero o ambulatoriale) ovvero del Medico di Medicina Generale (MMG), qualora la richiesta originaria provenga da uno specialista in Libera Professione: spetta, infatti al MMG, in quanto responsabile, a tutti gli effetti, dell'iter diagnostico-terapeutico proposto in termini di appropriatezza, valutare l'opportunità di far intraprendere al paziente il percorso SSN, biffando la casella "S" di "suggerita".

La prescrizione deve essere redatta su impegnativa SSN indicante la diagnosi ed il numero di trattamenti prescritti.

Nel caso di accessi successivi al primo, qualora il ciclo di sedute non risulti risolutivo, su proposta del Medico del Centro iperbarico corredata da relazione sanitaria con eventuale iconografia a supporto, il Medico di Medicina Generale e/o il Direttore di Distretto o suo delegato possono prescrivere ulteriori cicli di ossigenoterapia iperbarica biffando la "S" di "suggerito"



1b08a286



MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLA TERAPIA

Si intende per seduta di OTI la permanenza in camera iperbarica multiposto ad una pressione superiore a 1.9 bar (9 m colonna d'acqua) in respirazione di O₂ a percentuale vicine al 100% per un tempo pari o superiore a 90 minuti, esclusi i tempi di pressurizzazione e decompressione fino a 1,9 bar.

- **Terapia programmata (o di routine):** terapia eseguibile durante il normale orario lavorativo, previa programmazione
- **Terapia di urgenza e/o emergenza:** terapia relativa a patologia che richiede l'attivazione del servizio di pronta reperibilità (h 24). Tali patologie richiedono, nella fase acuta, una serie di trattamenti specifici a tempi determinati. In particolare:
 1. Per le intossicazioni da CO si intendono i trattamenti effettuati entro le 24 h dal primo trattamento
 2. Per le gangrene gassose da clostridi si intendono i trattamenti effettuati entro le 48 h dal primo trattamento
 3. Per la malattia da decompressione i trattamenti in urgenza e/o emergenza sono limitati alla prima seduta.Eventuali trattamenti successivi, poiché normalmente programmabili, rientrano nelle sedute routinarie.

Durante ogni trattamento deve essere sempre garantita l'assistenza sanitaria con personale medico ovvero con personale infermieristico ovvero con personale qualificato all'interno della camera iperbarica, in relazione alle specificità dei pazienti in trattamento, su valutazione del Direttore Sanitario del Centro o suo delegato.

L'orario di effettuazione dei trattamenti sarà convenuto entro i limiti dell'orario normale di lavoro, con possibilità di esecuzione della terapia oltre detto orario qualora il programma terapeutico lo richieda. Di norma, l'orario di effettuazione dei trattamenti è convenuto entro i limiti delle 12 ore, dalle 8.00 alle 20.00 nei giorni feriali.

Il servizio di urgenza/emergenza deve essere garantito h 24 per 365 giorni all'anno.



1b08a286

