



seduta del 2/07/2018
delibera 886

pag. 1
-----------

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

ADUNANZA N. 203 LEGISLATURA N. X

DE/PR/SAS 0 NC      Oggetto: Disposizioni e indicazioni al trattamento di ossigenoterapia iperbarica. Revoca deliberazione di Giunta regionale n. 2182 del 18.09.2001

Prot. Segr.  
973

Lunedì 2 luglio 2018, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| - LUCA CERISCIOLI     | Presidente |
| - MANUELA BORA        | Assessore  |
| - LORETTA BRAVI       | Assessore  |
| - FABRIZIO CESETTI    | Assessore  |
| - MORENO PIERONI      | Assessore  |
| - ANGELO SCIAPICHETTI | Assessore  |

E' assente:

- |               |                |
|---------------|----------------|
| - ANNA CASINI | Vicepresidente |
|---------------|----------------|

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta, in assenza del Segretario e del Vicesegretario della Giunta regionale, la sostituta, Nadia Giuliani.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

**NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA**

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



**OGGETTO: DISPOSIZIONI E INDICAZIONI AL TRATTAMENTO DI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA. REVOCA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 2182 DEL 18.09.2001.**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'art. 16, comma 1, lettera d) della Legge regionale 15.10.2001, n. 20 sotto il profilo delle legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'art. 28 dello Statuto regionale;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- 1) di approvare il documento "Protocolli per l'accesso alle prestazioni di Ossigenoterapia Iperbarica (OTI)" di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di revocare la Deliberazione di Giunta regionale n. 2182 del 18.09.2001 "L. R. 7/2000 - Provvidenze a favore di soggetti sottoposti a terapia iperbarica";
- 3) di dare mandato all'ASUR e agli altri Enti del SSR per quanto di competenza di adottare i necessari provvedimenti per dare attuazione ai Protocolli per l'accesso alle prestazioni di Ossigenoterapia iperbarica (OTI).

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA REGIONALE

(~~Debora~~ GIRALDI)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(Luca CERISCIOLI)

sf



## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### Normativa di riferimento

- D. M. 07.11.1991 “Revisione del Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali”;
- D. Lgs. 30.12.1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- D. M. 22.07.1996 “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe”;
- Legge regionale 14.02.2000, n. 7 “Provvidenze a favore di soggetti sottoposti a terapia iperbarica”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 2182 del 18.09.2001 “L.R. 7/2000 - Provvidenze a favore di soggetti sottoposti a terapia iperbarica”;
- D.P.C.M. 29.11.2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- D.P.C.M. 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502”.

### Motivazione ed esito dell’istruttoria

Il D. M. 07.11.1991 inserisce nella branca di Anestesia la prestazione “Ossigenazione iperbarica - per seduta”, confermata dal D. M. 22.07.1996. Successivamente, l’allora Ministero della Sanità con note circolari, ha stabilito, sulla base dei pareri del Consiglio Superiore di Sanità, le patologie ammesse e le indicazioni necessarie al trattamento di Ossigenoterapia Iperbarica (OTI), anche ai fini della ammissibilità al rimborso di tali prestazioni da parte del SSN.

Infatti, il Consiglio superiore di sanità nella seduta del 19.12.1997 ha espresso parere, comunicato alle Regioni con nota del Ministero della Sanità del 23.12.1997, circa l’indispensabilità delle prestazioni di OTI per la sopravvivenza o guarigione dei pazienti per le seguenti patologie:

- intossicazione da monossido di carbonio;
- malattia da decompressione subacquea;
- embolia gassosa arteriosa.

per queste patologie il paziente, in caso di emergenza, deve essere trasferito nel più breve tempo possibile al più vicino Centro iperbarico. Nel parere si precisa che esclusivamente per queste patologie l’OTI può essere erogata con oneri a carico del SSN, fatte salve ulteriori indicazioni previste nell’ambito di specifici protocolli clinici definiti dallo stesso Consiglio superiore di sanità.

Successivamente, il Consiglio superiore di sanità nella seduta del 17.06.1998 ha approvato il documento “Protocolli diagnostici e terapeutici per l’uso dell’Ossigenoterapia Iperbarica (OTI)” elaborato da un apposito gruppo di studio per l’OTI, trasmesso alle Regioni con nota del Ministero della Sanità del 21.01.1999. Nel documento viene allargata l’indicazione all’OTI anche per le seguenti patologie:

- infezioni necrosanti progressive;
- osteomielite cronica refrattaria;
- ischemia traumatica acuta e sindrome compartimentale;
- lesioni radionecrotiche;
- innesti cutanei e lembi muscolo-cutanei compromessi.

*f*



La nota ministeriale precisa che l'onere delle prestazioni erogate può essere posto a carico del SSN solo se le prestazioni vengono fornite nell'ambito dei predetti protocolli.

Al fine di assicurare le necessarie prestazioni di ossigenoterapia iperbarica ai propri cittadini, la Regione Marche ha adottato la Legge regionale 7/2000. La Legge regionale stabiliva, stante l'assenza nelle strutture pubbliche di camere iperbariche e in attesa della conclusione del processo di accreditamento delle strutture private eroganti prestazioni di OTI, il regime di assistenza indiretta per le prestazioni di OTI, prevedendo un contributo pari al 50% della tariffa indicata dal Nomenclatore tariffario per queste prestazioni. Con la deliberazione di Giunta regionale n. 2182/2001 è stata data attuazione alle disposizioni della L. R. 7/2000.

Il D. Lgs. 229 del 19.06.1999 inserendo nel D. Lgs. 502/1992 l'art. 8 septies recante "Prestazioni erogate in forma indiretta", ha stabilito l'abolizione - entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore del medesimo D. Lgs. 229/1999 - dell'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Tale termine è stato prorogato fino al 31.12.2001 dalla Legge 388/2000 (Legge Finanziaria 2001).

Infine, con il DPCM 29.11.2001 sono stati definiti per la prima volta i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), recentemente rivisti e aggiornati dal D.P.C.M. 12.01.2017. Il Nomenclatore delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, di cui all'Allegato 4 al D.P.C.M. 12.01.2017, prevede la prestazione "Ossigenazione iperbarica".

Stante l'assenza di ulteriori disposizioni statali di proroga dell'assistenza indiretta, è stata inserita nella Proposta di Legge regionale di semplificazione - Anno 2018, attualmente in itinere, l'abrogazione della Legge regionale 7/2000. Si rende quindi necessario superare quanto stabilito nella DGR 2182/2001, disciplinando il passaggio per le prestazioni di OTI dal regime di assistenza indiretta al regime di assistenza diretta. In considerazione del fatto che, attualmente, le strutture pubbliche del territorio regionale (gestione diretta) non dispongono di camere iperbariche, l'erogazione in regime di assistenza diretta sarà possibile anche attraverso la definizione di accordi contrattuali con le strutture regionali private autorizzate e accreditate per l'erogazione delle prestazioni di OTI.

Con il presente provvedimento si intende provvedere all'aggiornamento delle indicazioni clinico-diagnostiche per l'accesso alle prestazioni di OTI, in analogia a quanto stabilito da altre Regioni, integrando l'elenco delle patologie presenti nelle suindicate note ministeriali, con ulteriori 3 patologie per le quali va considerato il trattamento di OTI a carico del SSR in quanto riconosciute con maggiore evidenza scientifica di efficacia:

- ulcera a lenta guarigione nel paziente diabetico e non diabetico;
- osteonecrosi asettica;
- ipoacusia-sordità improvvisa.

La sottoscritta, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Tutto ciò premesso si propone l'adozione di conforme deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Irene PICCININI)



**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'**

La sottoscritta, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014 e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE  
(Lucia DI FURIA)

La presente deliberazione si compone di n. 11 pagine, di cui n. 6 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Deborah GIRALDI)

*Deborah Giraldi*

*g*



ALLEGATO A

**PROTOCOLLI PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI  
OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA (OTI)**

**PRESTAZIONI OTI IN CONDIZIONI DI EMERGENZA/URGENZA**

L'accesso all'OTI è disposto dal Pronto Soccorso Ospedaliero o dalla competente Centrale Operativa 118 ed è destinato a pazienti che presentano una delle seguenti condizioni cliniche:

- malattie da decompressione subacquea;
- intossicazione da monossido di carbonio;
- embolia gassosa arteriosa.

**ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI OSSIGENO TERAPIA IPERBARICA (OTI)  
PER GLI ASSISTITI IN REGIME AMBULATORIALE**

L'assistito può accedere alle prestazioni di ossigenoterapia iperbarica (OTI) su indicazione clinica del medico specialista pubblico attraverso la prescrizione SSN (cartacea o dematerializzata) riportante la richiesta di prima visita iperbarica, con specifico quesito diagnostico, corredata dal Piano di trattamento iperbarico previsto. Le successive prescrizioni per le sedute di ossigenoterapia iperbarica - comunque previste nel Piano di trattamento iperbarico predisposto dal medico specialista - possono essere fatte anche dal medico di assistenza primaria dell'assistito. Spetta allo specialista che ha prescritto l'OTI la rivalutazione del paziente al termine del primo ciclo di terapia prescritto e la decisione circa un eventuale ulteriore trattamento.

Il Centro OTI deve sottoporre il paziente a visita specialistica da parte del medico esperto in OTI. Nel corso della visita l'esperto del Centro OTI deve:

- verificare l'effettiva idoneità del paziente ad essere sottoposto a OTI escludendo la presenza di possibili controindicazioni, assolute o relative;
- accertare che l'indicazione al trattamento sia conforme a quanto indicato nelle Linee guida del presente documento;
- compilare la cartella clinica;
- chiedere al paziente il consenso informato al trattamento.

Il Centro OTI deve compilare una cartella clinica per ogni paziente, nella quale riportare tra l'altro:

- l'identificazione del medico e della struttura sanitaria proponente il trattamento;
- il risultato e le osservazioni della prima visita;
- il programma terapeutico;
- l'evoluzione clinica e il comportamento clinico del paziente nel corso di ogni ciclo terapeutico e ogni osservazione clinicamente rilevante;
- la documentazione obiettiva dell'evoluzione della patologia trattata;
- i risultati ottenuti, una volta completato il trattamento.

Le indicazioni cliniche all'utilizzo dell'Ossigenoterapia Iperbarica (OTI) contengono sia l'elenco delle indicazioni con buone evidenze scientifiche a supporto, sia l'elenco delle condizioni cliniche nelle quali l'OTI ha evidenze scientifiche limitate ed è riservata a casi molto selezionati.

Al di fuori degli specifici protocolli, nessun trattamento di OTI, anche se riferito alle patologie di seguito indicate, può essere posto a carico del SSR.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**INDICAZIONI ALL'OTI**

**INFEZIONI NECROSANTI PROGRESSIVE (INP)**

Pazienti con infezioni necrosanti progressive (INP) costituite da quadri clinici a eziologia e patologia complessa che evolvono nella infiammazione e necrosi della cute, del sottocutaneo, della fascia e del muscolo, a seconda del tipo, specifico. La patologia è spesso associata a compromissione settica sistemica.

Le INP si differenziano a seconda dell'agente patogeno e del tessuto primariamente interessato, in gangrena gassosa da anaerobi e infezione acuta e subacuta dei tessuti molli a varia eziologia e localizzazione.

L'infezione particolarmente grave nei soggetti immuno-depressi (diabetici, pazienti neoplastici o in terapia immunosoppressiva, età avanzata con stato nutrizionale precario) può compromettere le condizioni generali del paziente, per cui l'OTI, ove applicata tempestivamente, è da considerarsi salvavita e/o salva arto.

La valutazione all'ingresso: deve comprendere la valutazione della lesione:

- fotografia;
- descrizione della lesione riportante:
  - o l'estensione e la sede;
  - o il colore;
  - o l'odore;
  - o la percentuale di granulazione (cute, muscolo).

Terapie associate:

- terapia antibiotica mirata;
- sbrigliamento chirurgico prima della terapia iperbarica;
- medicazione almeno una volta al giorno;
- terapia sistemica di supporto se necessaria.

Numero massimo di trattamenti: 30

**OSTEOMIELE CRONICA REFRATTARIA**

Pazienti con stato di lesione osteomielitica persistente dopo almeno 6 settimane di trattamento antibiotico mirato e dopo almeno un trattamento chirurgico di pulizia della lesione.

La valutazione all'ingresso: deve comprendere la valutazione della lesione:

- valutazione di sede ed estensione della lesione ossea;
- fotografia;
- descrizione della lesione riportante:
  - o l'estensione;
  - o il colore;
  - o la percentuale di granulazione della cute.

Terapie associate:

- terapia antibiotica mirata;
- terapia chirurgica.

Numero massimo di trattamenti:

40 + eventuale re-intervento chirurgico + 20



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**ISCHEMIA ACUTA TRAUMATICA E/O SINDROME COMPARTIMENTALE**

L'ischemia acuta traumatica è la conseguenza di un trauma che compromette la circolazione di una estremità. Sono possibili 2 tipi di indicazione all'OTI per questa patologia:

- il raggiungimento di un punteggio minimo nel **Mangled Extremities Severity Score (MESS)**:
  - o MESS > 7 in tutti i pazienti;
  - o MESS > 6 nei pazienti con associato diabete mellito, malattie vascolari periferiche, collagenopatie;
- il manifestarsi di una sindrome compartimentale. Pazienti molto selezionati sottoposti a fasciotomia in presenza di uno dei seguenti segni clinici o strumentali:
  - o persistenza di edema e ipertensione compartimentale con sofferenza muscolare;
  - o dolore grave nel compartimento muscolare, anche in assenza di deficit neurologico conseguente al trauma o all'ischemia;
  - o pressione compartimentale della loggia muscolare superiore a 30 mm Hg.

La valutazione all'ingresso: deve comprendere la valutazione della lesione:

- valutazione di sede ed estensione della lesione ossea;
- fotografia;
- descrizione della lesione riportante:
  - o l'estensione e la sede - strutture interessate;
  - o il colore;
  - o l'odore;
  - o la percentuale di granulazione (cute, muscolo).

Terapie associate:

- terapia antibiotica se necessaria;
- intervento chirurgico di rivascularizzazione (prima della terapia iperbarica);
- medicazione almeno 2 volte al giorno;
- terapia sistemica di supporto se necessaria.

Numero massimo di trattamenti:

- ischemia acuta traumatica: 12 - 15;
- sindrome compartimentale: 12.

**INNESTI CUTANEI E LEMBI MUSCOLO-CUTANEI COMPROMESSI**

L'evoluzione clinica del lembo viene seguita con il controllo di colorito, riempimento capillare e temperatura ed eventualmente test di sanguinamento.

Trattamenti di prima linea dopo la diagnosi:

- terapia medica;
- terapia chirurgica (occlusione, trombizzazione arteriosa venosa del peduncolo del lembo).

L'OTI è indicata nei casi di lembi cutanei, fascio-cutanei e mio-cutanei pedunculati a rischio e in condizione di scarso afflusso arterioso, a condizione che l'inizio del trattamento sia attuato precocemente, al massimo 36 ore dall'intervento e/o dall'evento ischemico.

In tutte le condizioni di basso flusso arterioso e/o di occlusione arteriosa l'indicazione chirurgica è primaria e l'OTI assume un ruolo di supporto dopo il re-intervento.

Numero massimo di trattamenti: 10





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**LESIONI RADIONECROTICHE**

Dopo la terapia radiante, una modesta percentuale di pazienti (fino al 5 - 15% per l'osteoradionecrosi della mandibola per particolari trattamenti nei tumori della testa/collo) manifesta una patologia a carico dei tessuti molli o delle ossa. I quadri clinici più frequenti sono l'osteoradionecrosi della mandibola, l'ulcera cutanea a tendenza necrotizzante senza tendenza alla guarigione (ulcera torpida radionecrotica) e delle mucose (proctite post attinica).

L'OTI è indicata nei pazienti con:

- osteoradionecrosi della mandibola;
- ulcera torpida radionecrotica della testa e del collo o proctite post attinica o cistite emorragica che non rispondono ad altri trattamenti;
- profilassi dell'osteoradionecrosi nell'estrazione dentaria in mandibola irradiata;
- cistite emorragica resistente alla terapia convenzionale

I pazienti devono essere stati sottoposti a radioterapia con almeno 6000 cGy da almeno 6 mesi e non più di 15 anni.

Numero massimo di trattamenti: 50

**ULCERE A LENTA GUARIGIONE NEL PAZIENTE DIABETICO**

L'OTI trova indicazione, a supporto dei trattamenti di prima linea, nel trattamento del paziente con piede diabetico ischemico o neuro-ischemico, con ulcere a lenta guarigione gravi, soprattutto in presenza di infezione, compresi i pazienti candidati a rivascolarizzazione e/o già rivascolarizzati.

In rapporto all'intervento di rivascolarizzazione, l'OTI può essere attuata:

- nei pazienti candidati alla rivascolarizzazione, nell'attesa dell'intervento;
- nei pazienti rivascolarizzati, ove persistano lesioni a lenta guarigione con ipossia periferica;
- nei pazienti non candidati all'intervento di rivascolarizzazione, per condizioni locali o patologie sistemiche

In rapporto alla toilette chirurgica dei tessuti necrotici, l'OTI.

- favorisce la demarcazione del tessuto con necrosi umida prima dell'intervento;
- nella fase post-chirurgica, favorisce la cicatrizzazione e contrasta le infezioni residue.

La valutazione all'ingresso: deve comprendere la valutazione della lesione:

- fotografia;
- descrizione della lesione riportante:
  - o l'estensione e la sede;
  - o il colore;
  - o l'odore;
  - o la percentuale di granulazione.

Limitazione al trattamento per quei pazienti che presentino lesioni necrotiche del piede troppo avanzate (classificazione Wagner grado 5) in cui si deve considerare l'amputazione primaria.

Numero massimo di trattamenti: 30



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**ULCERE A LENTA GUARIGIONE NEL PAZIENTE NON DIABETICO**

L'OTI è indicata:

- in pazienti selezionati, con sovra infezioni, destinati a intervento di rivascularizzazione protesica;
- in pazienti rivascularizzati, con rivascularizzazione funzionante, ma con sovra infezioni resistenti alla terapia antibiotica, previo consulto dell'infettivologo, o con ipossia periferica;
- in pazienti non rivascularizzati, con sovra infezioni resistenti alla terapia antibiotica e/o con ipossia periferica.

In rapporto alla toilette chirurgica dei tessuti necrotici, l'OTI:

- favorisce la demarcazione del tessuto con necrosi umida prima dell'intervento;
- nella fase post-chirurgica, favorisce la cicatrizzazione e contrasta le infezioni residue.

Limitazione al trattamento per quei pazienti che presentino lesioni necrotiche del piede troppo avanzate (classificazione Wagner grado 5) in cui si deve considerare l'amputazione primaria.

Numero massimo di trattamenti: 30

**OSTEONECROSI ASETTICA**

Pazienti con riassorbimento della struttura ossea che esita in necrosi della stessa, secondaria a malattia vascolare della zona interessata, con drastica riduzione dell'apporto di ossigeno necessario al metabolismo osseo.

L'OTI trova indicazione quanto l'osteonecrosi asettica è in fase iniziale (stadio 0 e 1 classificazione di FICAT) per la necrosi avascolare della testa del femore. Per le altre sedi si considera fase iniziale quella in cui non sono presenti alterazioni della morfologia (profilo esterno) dell'osso.

Numero massimo di trattamenti:

90 costituiti da un primo ciclo di 50 sedute con rivalutazione ed eventuale secondo ciclo di 40 trattamenti ove siano evidenti i miglioramenti.

**IPOACUSIA - SORDITA' ACUTA IMPROVVISA**

Su prescrizione specialistica per ipoacusia neurosensoriale insorta o peggiorata da non oltre 3 mesi. Precedenti tentativi terapeutici medici di almeno 10 giorni risultati inefficaci o di 14 giorni se parzialmente efficaci (modesto miglioramento della soglia).

Se l'ipoacusia ha colpito l'unico orecchio udente è considerata come prima opzione associata alla terapia medica.

Limitazione al trattamento per:

- ipoacusia insorta da oltre 3 mesi;
- diagnosi accertata di fistola perilinfatica;
- grave disventilazione dell'orecchio medio.

Numero massimo di trattamenti:

10 seguiti da rivalutazione audiometrica. Se vi è beneficio parziale proseguire con ulteriori 10 trattamenti.



**ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA (OTI)  
DEI PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO**

L'accesso alle prestazioni per i pazienti in regime di ricovero è disposto dal medico del reparto ospedaliero, secondo la modulistica prevista dall'Azienda di riferimento, specificando la diagnosi che deve essere ricompresa nell'ambito dell'elenco delle patologie per le quali vi è l'indicazione all'OTI.