



## ALLEGATO A alla Dgr n. 1912 del 23 dicembre 2015

## 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 antibiotico-terapia, 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 antibiotico-terapia.	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 <sub>2</sub> 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 rivascolarizzazione). 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
Ulcere arteriose degli arti inferiori e vasculiti	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. L'OTI è indicata elettivamente nelle ulcere arteriopatiche in presenza di un flusso ematico efficace (PA sist. alla caviglia >40 mmHg) e una TcPO <sub>2</sub> basale >10mmHg. L'OTI è elettiva nelle ulcere arteriopatiche con alto rischio d'amputazione L'OTI è consigliata in pazienti con ulcere infette destinati	

	all'impianto di una protesi vascolare nella preparazione al trattamento chirurgico di rivascularizzazione	
Ulcere venose	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. L'OTI è applicata a scopo adiuvante nel caso di sovrainfezioni refrattarie della lesione ed è adiuvante per la preparazione alle procedure ricostruttive. E' comunque raccomandato attuare una corretta elastocompressione dell'arto inferiore interessato prima di avviare il paziente all'OTI.	
Ulcere da Compressione	Non presenti evidenze sufficienti a supporto dell'uso routinario dell'OTI in aggiunta alle cure standard. 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.	
Osteonecrosi asettica	Indicata per la "necrosi avascolare della testa del femore": Osteonecrosi in fase iniziale (stadio 1 – 2A e 2B di Ficat e stadio 1 -2 di Steinberg), documentata da Radiografia e RMN Per le altre sedi si considera fase iniziale quella in cui non sono presenti alterazioni della morfologia (profilo esterno) dell'osso.	
Fratture a rischio (chiuse con vascolarizzazione terminale o esposte in tutte le altre ossa)	L'uso dell'OTI come parte di un algoritmo di gestione Piccola esposizione (<1 cm) Nessuna indicazione Esposizione > 1 cm, ma senza perdita di tessuto Soltanto nei pazienti "a rischio" per patologie preesistenti Frattura conseguente a trauma ad alta energia, ma senza esposizione Soltanto nei pazienti "a rischio" per patologie preesistenti  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 post-attiniche	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 chirurgico 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 root-planing)	
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	
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 questa 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