



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
Via Pindemonte 88
90129 – PALERMO
Telefono 091 7034935 -4944
Fax 091.7033019
EMAIL dipfarmaco@asppalermo.org

A **TUTTI I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**
PER IL TRAMITE DEI
Direttori dei Distretti Sanitari 33-42
e dei Responsabili delle UU.OO. di Medicina di Base
Distretti Sanitari 33-42

Ai Direttori Medici dei PP. OO.
Ai Responsabili delle Farmacie dei PP. OO.
ASP PALERMO

Alle Associazioni Sindacali dei MMG

Ai MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Per il tramite della UOC Cure Primarie

E p.c.

Al Presidente U.ti.farma
e Farmacie non associate

Oggetto: Ossigenoterapia lungo termine – OTLT – redazione del PT PONTE

Premesso che, con le note prot. n°442452/2024 e n° 452934/2024 dello scrivente Dipartimento, sono state condivise le procedure operative per la prescrizione dell'OTLT a far data dal 01/10/2024.

Si precisa inoltre che, per gli assistiti non deambulanti i controlli clinici e strumentali devono essere effettuati a domicilio dallo Specialista Pneumologo Territoriale.
In caso non fosse possibile per la struttura territoriale verificare i criteri della OTLT a domicilio entro le scadenze previste, **il piano terapeutico potrà essere eccezionalmente prolungato dal MMG**, fino ad un massimo di 90 giorni, previo monitoraggio della saturimetria, fino alla successiva presa in carico del paziente da parte dello specialista di riferimento per la OTLT territorialmente competente.

Anche tale PT, che riporta *flusso* e *ore* di somministrazione del precedente pt scaduto, dovrà essere inviato al Distretto Sanitario di residenza dell'assistito per il rilascio dell'autorizzazione, il cui elenco e-mail è sotto riportato.

DISTRETTO	mail
Cefalu' 33	d33cefalu@asppalermo.org
Carini 34	specialisticad34@asppalermo.org
Petralia 35	distretto35@asppalermo.org
Misilmeri 36	asb.d36misilmeri@asppalermo.org
Termini 37	asbd37@asppalermo.org
Bagheria 39	otltdistretto39@asppalermo.org
Corleone 40	d40specialisticaambulatoriale@asppalermo.org
Partinico 41	direzioneds41@asppalermo.org
Lercara F. 38	distretto38@asppalermo.org
PTA Casa Del Sole 42	ptacasadelssole@asppalermo.org
PTA Guadagna 42	asaiptaguadagna@asppalermo.org
PTA Albanese 42	asai.ptaalbanese@asppalermo.org
PTA Centro 42	ossigeno.ptacentro@asppalermo.org
PTA Biondo	oltpianiterapeutici.ptabiondo@asppalermo.org

Il MMG riporterà nel PT la dicitura **"PIANO TERAPEUTICO PONTE IN ATTESA DI VISITA PNEUMOLOGICA DEL _____"**.

Si allega, per ogni buon fine:

- Modello del PT per OTLT da redigere.

Il Farmacista Dirigente
Dott. Roberto Tavormina

Il Direttore
del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
ASP Palermo
Dr. Maurizio Pastorello

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano Terapeutico per la prescrizione di Ossigenoterapia Domiciliare a Lungo Termine (OTLT)

Azienda Sanitaria/ _____

Unità Operativa _____

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Data di nascita __/__/__

Indirizzo _____ Tel _____

ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

INDICAZIONE TERAPEUTICA

Insufficienza respiratoria cronica (codice esenzione 024) secondaria a:

- BPCO
- malattie interstiziali polmonari
- bronchi ectasie
- altro (specificare)

prima prescrizione conferma a 90 gg rinnovo annuale

- Deambulazione (SI/NO)
- allettato (SI/NO)
- solo domicilio (SI/NO)
- fuori domicilio > 2 h/die (SI/NO)

INDICAZIONE

1) OTLT continuativa (validità della prescrizione 6 mesi, 3 mesi se prima prescrizione)

IRC in fase stabile con trattamento farmacologico ottimale che presenti valori di PaO₂ <55 mmHg a riposo

Emogas-analisi arteriosa alla FiO₂ di _____ O₂ l/min _____

Data prelievo __/__/__ PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____

IRC in fase stabile con trattamento farmacologico ottimale che presenti PaO₂ compresa fra 55 e 60 mmHg e coesistenza di almeno uno dei seguenti fattori aggiuntivi:

- policitemia (ematocrito > 55%);
- segni di ipertensione polmonare;
- segni di sofferenza ipossica tissutale (edemi da scompenso cardiaco dx, peggioramento dello stato mentale);
- cardiopatia ischemica;
- altro (specificare) _____;

Emogas-analisi arteriosa alla FiO₂ di _____ O₂ l/min _____

Data prelievo __/__/__ PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____

2) OTLT intermittente (validità della prescrizione 6 mesi, 3 mesi se prima prescrizione)

Paziente con ipossiemia da sforzo: SpO2 <89% durante test del cammino in aria ambiente

- SpO2 a riposo in aria ambiente _____
- SpO2 in aria ambiente al termine di test del cammino o altro test da sforzo _____
- SpO2 in O2 al termine di test del cammino o altro test da sforzo con O2 terapia _____% al flusso di O2 _____ l/min.

Paziente con ipossiemia notturna: SpO2 <90% per 30% del monitoraggio notturno della pulsossimetria in aria ambiente, corretto dall'ossigeno

- SpO2 a riposo in veglia in aria ambiente _____%
- SpO2 nadir durante il sonno in aria ambiente _____%
- SpO2 nadir durante il sonno con O2 terapia _____% al flusso di O2 _____ l/min

PRESCRIZIONE

Flusso prescritto _____ Litro/minuto _____ Ore/die _____

- A riposo
- Durante sforzo
- Notturno

Modalità di erogazione

- concentratore fisso
- concentratore portatile
- ossigeno liquido
- stroller
- ossigeno gassoso (bombola di emergenza)
- altro (specificare) _____

Interfaccia

- cannule nasali
- mascherina facciale
- mascherina nasali
- mascherina di Venturi
- Interfaccia per tracheotomia
- altro (specificare) _____

Data prossimo controllo __/__/__

Durata _____

Data __/__/__

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore