

Data: 01/08/2022

Egregio Collega,

si dimette in data odierna:

nato/a

numero di telefono:

Data e ora di ricovero: 25/07/2022 15:48

**Diagnosi e comorbidità:**

Insufficienza respiratoria in persona affetta da Sclerosi laterale amiotrofica. Trial di ventilazione meccanica non invasiva. Adattamento a macchina della tosse assistita. Iperensione arteriosa. Iperetrofia prostatica benigna.

**Motivo del ricovero:**

Insufficienza respiratoria in paziente affetto da Sclerosi laterale amiotrofica.

**Sintesi della storia clinica pregressa:**

Il sig. Vallecocchia è affetto da Sclerosi laterale amiotrofica, esordita nel dicembre 2019 con difficoltà ingravescenti nella deambulazione, diagnosticata nel giugno 2020 presso l'Ospedale di Rieti; da allora è in terapia con riluzolo. Attualmente riesce a fare ancora pochi passi con il deambulatore. Riferisce dispnea da sforzo e al risveglio. Nelle ultime settimane l'eloquio è diventato ipofonico. Nel corso dell'ultima valutazione neurologica ambulatoriale (giugno 2022) è stata obiettata riduzione dei volumi polmonari mobilizzabili, per la quale è stato proposto ricovero per trial di ventilazione meccanica non invasiva (NIV).  
Giunge al ricovero per le cure del caso.

In anamnesi: ipertensione arteriosa, ipertrofia prostatica benigna. Intervento per protesi al ginocchio bilaterale (2018). Nega allergie farmacologiche. Ex fumatore (fino ai trent'anni). Esposizione a fumo passivo durante attività lavorativa. Nega allergie a farmaci/alimenti.

Terapia farmacologica domiciliare: Lansoprazolo, Riluzolo, Rigentex, Preterax, Permixon, Urorec, Cardioaspirin, Xanax 6 gtt x 3/die, Foster 2 puff x 2/die.

**Allergie:**

Categoria	Allergene	Severità	Data Rilevazione	Natura della Reazione
Nessuna allergia nota	Nessuna allergia nota			

**Terapia farmacologica prima dell'accesso:**

LANSOPRAZOLO (LANSOPRAZOLO ALM\*14CPS 15MG) - CAPSULE GASTRORESISTENTI 15 mg - ORALE - 15 Milligrammi con frequenza: 7:00 Continuativo

RILUZOLO (RILUTEK\*56CPR RIV 50MG) - COMPRESSE RIVESTITE 50 mg - ORALE - 50 Milligrammi con frequenza: 8-20 Continuativo

TOCOFEROLO ALFA (RIGENTEX\*30CPS MOLLI 400UI) - CAPSULE MOLLI 400 UI - ORALE - 400 Unità internazionali con frequenza: 8:00 Continuativo

SILODOSINA (UROREC\*30CPS 4MG) - 4 Milligrammi con frequenza: 20:00 Continuativo

PERINDOPRIL ARGININA/INDAPAMIDE (PRETERAX\*FL30CPR 2,5MG+0,625MG) - COMPRESSE RIVESTITE 2MG+0,625MG - ORALE - 1 Compresse con frequenza: 8:00 Continuativo

REPENTINA (PERMIXON\*16CPS 320MG) - CAPSULE MOLLI 320 mg - ORALE - 1 CAPSULA con frequenza: 12:00 Continuativo

ACIDO ACETILSALICILICO (5000) (CARDIOASPIRIN\*30CPR GAST 100MG) - 100 Milligrammi con frequenza: 12:00 Continuativo

ALPRAZOLAM (XANAX\*OS GTT FL 20ML 0,75MG/ML) - GOCCE ORALI SOLUZIONE 0,075%/20ML - ORALE - 0.5 Millilitri con frequenza: 8-16-22 Continuativo

BECLOMETASONE DIPROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO (FOSTER\*POLV INAL 120D 100+6MCG) - POLVERE PER INALAZIONE 100MCG+6MCG/DOSE - INALATORIA - 2 Puff con frequenza: 8-20 Continuativo

			Prosegue trial di NIV nel pomeriggio. Questa notte esegue ossimetria notturna in NIV.
27/07/2022	14:23	Diario Clinico	VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA Saturimetria notturna Condizioni di registrazione dell'esame: esame eseguito niv in maschera oro-faciale ed in aria ambiente, durante il sonno. Referto: Saturazione di base: 91.9%. Ipossiemia clinicamente significativa (T90 10.2 % del tempo di registrazione). Tempo<88%: 23.3 min, non significativo. Desaturazioni fasiche lievi (ODI= 8.9). Pattern saturimetrico indicativo di ipoventilazione notturna parzialmente corretto dalla NIV.  Si modificano i parametri pressori come segue: S/T AVAPS: IPAP min 14 IPAP max 26 EPAP 5 Vcorr 430 ml T ins 1.1s T ins min/max 0.5/2 Freq resp 16  Si programma per stanotte nuova saturimetria notturna in corso di NIV con maschera nasale.
28/07/2022	12:29	Diario Clinico	VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA Saturimetria notturna eseguita in NIV con maschera nasale in S/T AVAPS: IPAP min 14 IPAP max 26 EPAP 5 Vcorr 430 ml T ins 1.1s T ins min/max 0.5/2 Freq resp 16 Condizioni di registrazione dell'esame: esame eseguito niv in maschera oro-faciale ed in aria ambiente, durante il sonno. Referto: Saturazione di base: 90.5%. Ipossiemia clinicamente significativa (T90 30.0 % del tempo di registrazione). Tempo<88%: 9.1 min . ODI= 3.3 Pattern saturimetrico indicativo di ipoventilazione notturna parzialmente corretto dalla NIV.  Si programma per stanotte nuova saturimetria notturna in corso di NIV con maschera nasale.
29/07/2022	11:54	Diario Clinico	VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA Si analizza e si referta il tracciato ossimetrico notturno eseguito questa notte in NIV con maschera oro-nasale ventilata con precedenti parametri ventilatori: SpO2 media= 92%; Desaturazioni fasiche lievi ODI= 9.2 Non ipossiemia clinicamente significativa (T90 7.8 % del tempo di registrazione). Tempo<88%: 2.9 min, non significativo. Miglioramento del quadro respiratorio di ipoventilazione notturna in corso di NIV.  Non modifiche del setting ventilatorio
30/07/2022	08:55	Diario Clinico	VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA pv TC Torace: In riferimento al quesito clinico, non si documentano difetti di riempimento endoluminali - da riferire ad embolia polmonare - nei rami principali, lobari, segmentari e subsegmentari medio-prossimali delle arterie polmonari bilateralmente; mal valutabili i rami arteriosi più distali. Nel parenchima polmonare non si osservano significative alterazioni densitometriche focali bilateralmente. Iperdensità nastriformi da riferire a strie atelettasiche si osservano in sede basale bilaterale, in particolare nella regione caudale del LM, nel segmento linguare inferiore e nella piramide basale di entrambi i lobi inferiori; si associa posizione alta degli emidiaframmi. Pervie le vie aeree principali. Cavità pleuriche e pericardica libere da versamento. Non linfadenomegalie ilo-mediastiniche. Calcificazioni coronariche. Ectasia dell'aorta toracica ascendente (d.t. 38 mm circa).  Prosegue terapia ventilatoria in atto.

**Altri accertamenti significativi:**

**25/07/2022**

**ELETTROCARDIOGRAMMA RITMO SINUSALE CON PR AI LIMITI SUPERIORI ECG NEI LIMITI**

**29/07/2022**

**TC Torace con mdc:** non si documentano difetti di riempimento endoluminali - da riferire ad embolia polmonare - nei rami principali, lobari, segmentari e subsegmentari medio-prossimali delle arterie polmonari bilateralmente; mal valutabili i rami arteriosi più distali.

Nel parenchima polmonare non si osservano significative alterazioni densitometriche focali bilateralmente.

Iperdensità nastriformi da riferire a strie atelettasiche si osservano in sede basale bilaterale, in particolare nella regione

26/07/2022	ELETTROFORESI PROTEICA -> Sangue (90.38.4_0)	Albumina	%	63.8	55.1 - 65.7
26/07/2022		Alfa-1-globuline	%	4	3.1 - 5.6
26/07/2022		Alfa-2- globuline	%	10.6	8 - 12.7
26/07/2022		Rapporto A/G		1.76	1.1 - 2.4
26/07/2022		Beta-2- globuline	%	4.7	3.1 - 6.1
26/07/2022		Gamma- globuline	%	11.4	10.3 - 18.2
26/07/2022		Beta-1- globuline	%	5.5	4.9 - 7.2
26/07/2022	Urine: esame chimico e microscopico -> Urina	Colore		Giallo Paglierino	giallo -
26/07/2022		Batteri		numerosi/c	assente -
26/07/2022		Peso Specifico		1.008	1.003 - 1.035
26/07/2022		pH		7	5 - 7.5
26/07/2022		Albumina	g/L	tracce	assente -
26/07/2022		Glucosio	g/L	assente	assente -
26/07/2022		Emoglobina		assente	assente -
26/07/2022		Corpi Chetonici		assenti	assenti -
26/07/2022		Urobilinogeno		tracce	tracce -
26/07/2022		Bilirubina		assente	assente -
26/07/2022		Nitriti		assenti	assenti -
26/07/2022		Esterasi Leucocitaria		assente	assente -
26/07/2022		Ratio Prot/Creat		positivo	negativo (<80 mg/g crea) -
26/07/2022		Leuc. ben cons.		0-5	assente -
26/07/2022		Aspetto		Limpido	limpido -
26/07/2022	ESAME EMOCROMOCIT. E MORFOLOGICO COMPLETO (con FORMULA) -> Sangue (90.62.2_0)	Emoglobina	g/dL	15.7	13 - 17
26/07/2022		Ematocrito	%	44.7	40 - 50
26/07/2022		Globuli Rossi	x10 <sup>12</sup> /L	5.18	4.5 - 5.5
26/07/2022		MCV	fL	86.2	83 - 101
26/07/2022		Globuli Bianchi	x10 <sup>9</sup> /L	6.78	4 - 10
26/07/2022		MCHC	g/dL	35.1	31.5 - 34.5
26/07/2022		RDW	%	12.6	11.5 - 14.5
26/07/2022		Piastrine	x10 <sup>9</sup> /L	155	150 - 450
26/07/2022		MPV	fL	9.4	6.8 - 10
26/07/2022		MCH	pg	30.3	27 - 32
26/07/2022	VELOCITA DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE ( VES ) -> Sangue (90.82.5_0)	Velocit? di sedimentazione delle emazie	mm	5	0 - 30
26/07/2022	TEMPO DI PROTROMBINA QUICK (90.75.4_0) SMET -> Sangue	Secondi	secondi	11.9	
26/07/2022		INR		1.09	0.8 - 1.2
26/07/2022		%	%	80	70 - 125
26/07/2022	DOSAGGIO DEL FIBRINOGENO (90.65.1_0) -> Sangue ->SMET	Fibrinogeno (Derivato)	mg/dL	331	200 - 400
26/07/2022	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE(a P.T.T.) (90.76.1_0) -> Sangue ->SMET	ratio		1.07	
26/07/2022		secondi	secondi	33.1	20 - 38
26/07/2022	EPATITE B - HBV HBsAg (ANTIGENE) -> Sangue (91.18.5_2)	Epatite B HBsAg	S/CO	0.12	<0.90 negativo 0.90 - 1.10 dubbio >1.10 positivo
26/07/2022	EPATITE C - HCV IgG (ANTICORPI) -> Sangue (91.19.5_0)	Epatite C IgG specifiche	S/CO	< 0.02	<0.90 negativo 0.90 - 1.10 dubbio >1.10 positivo
26/07/2022	GLICEMIA -> Sangue (90.27.1_2)	Glucosio	mg/dL	81	65 - 100
26/07/2022	ALBUMINA -> Sangue (90.05.1_2)	Albumina	g/L	39	34 - 48

Cardioaspirin 100 mg cpr: 1 cpr/die alle ore  
12  
Lansoprazolo 15 mg cps: 1 cps/die alle ore 7  
KCl retard 600 mg 1 cp x 3/  
die  
Permixon 320 mg capsule molli: 1 cps/die alle ore  
12  
Preterax 2.5 mg + 0.625 mg cpr: 1 cpr/die alle ore  
8  
Rigentex 400 UI capsule molli: 1 cps/die alle ore  
8  
Riluzolo 50 mg cpr: 1 cpr per 2/die (ore  
8-20)  
Urorec 4 mg cps: 1 cps/die alle ore  
20  
Xanax 0.75 mg/ml gocce orali soluzione: 20 gtt per 3/die (ore 8-14-22)  
Movicol 1 bustina al di (ore 8) in caso di stipsi

**Si consiglia:**

- ventilazione meccanica non invasiva durante le ore notturne e per qualche ora durante il giorno;
- utilizzo dell'apparecchio per la tosse assistita per 3 cicli da 20 inspirazioni/espirezioni, tre volte al giorno, lontano dai pasti;
- in caso di secrezioni dense, prima di utilizzare apparecchio per la tosse assistita, somministrare aerosolterapia con Fluimucil 300 mg 1 fiala + Broncovaleas 3 gtt + Clenil 1/2 fiala per 5-7 giorni;
- dieta a confezione morbida, evitare le doppie consistenze e adeguata idratazione (almeno 1.5 litri di acqua al giorno);
- fisiochinesiterapia con mobilizzazioni attive e passive agli arti per almeno un'ora tre volte a settimana;
- eseguire tra 10-15 esami ematochimici di funzionalità epatica, renale, pancreatico, elettroliti (sodiemia, calcemia, potassiemia), glicemia, emocromo con formula leucocitaria; valutare in base all'esito degli esami richiesti la prosecuzione della terapia con KCl retard
- visita neurologica di controllo in data 02/11/2022 alle ore 15:45 presso gli ambulatori del Centro Clinico Nemo Adulti, quarto piano, ala M con impegnativa del medico curante per "visita neurologica di controllo"

*E' possibile contattare il Centro Clinico NeMO tramite la Segreteria all'indirizzo email adulti.roma@centroclinionemo.it o al numero 06 3015 8220 (in orario di segreteria); per informazioni sulla parte infermieristica e assistenziale si prega di contattare la Nurse coach del Centro Clinico NeMO al numero 371 4752916 dal lunedì al venerdì dalle ore 12.00 alle ore 15.00.*

**Educazione al paziente e alla famiglia circa il piano di dimissione e la continuità delle cure**

Educazione al paziente e alla famiglia circa il piano di dimissione e la continuità delle cure

Stato : Validato

Punteggio : 0

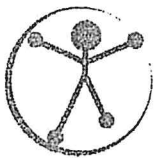
- 1) E stata effettuata la verifica di tutti i farmaci da assumere al domicilio? : Si
- 2) Il paziente/familiare è stato informato sull'utilizzo sicuro ed efficace di tutti i farmaci assunti dal paziente, compresi i loro potenziali effetti collaterali? : Si
- 3) Il paziente/familiare è stato informato sulle potenziali interazioni tra i farmaci prescritti e altri farmaci (compresi i medicinali da banco) e gli alimenti? : Si
- 4) Al paziente/familiare sono state date indicazioni su dieta e nutrizione? : Si
- 5) Al paziente/familiare sono state date indicazioni sulla gestione del dolore al bisogno? : Si
- 6) Al paziente/familiare sono state date indicazioni sull'utilizzo sicuro ed efficace dei dispositivi e delle apparecchiature medicali? : No
- 7) Al paziente/familiare sono state date indicazioni sulle tecniche riabilitative? : Si
- 8) Sono state valutate le esigenze di trasporto del paziente: il paziente necessita di assistenza per il trasporto? : No

**Medico di riferimento:** LUCIA MARIA PORRO

**Infermiere di riferimento:** PAOLO CORSALETTI

**Altri operatori sanitari:**

ANTONIO FUNCIS  
AGATA KATIA PATANELLA  
DANIELA BERNARDO  
EMILIANA MELEO  
GIULIA BISOGNI  
DANIELE DI NATALE  
MARIO SABATELLI



CENTRO CLINICO  
**Nemo**  
ROMA

**Gemelli**   
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore

## Centro Clinico NeMO

PER LA CURA E LO STUDIO DELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI

Roma 29/07/2022

**Alla ASL di Competenza  
c/o Ufficio Protesi**

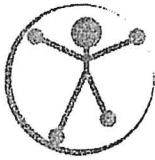
Si certifica che il signor \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_, è affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Per le complicanze respiratorie dovute alla malattia neurologica di base, si richiede la concessione dei seguenti ausili respiratori:

- N. 1 ventilatore presso-volumetrico domiciliare modello Trilogy EVO, distribuito dalla ditta MedicAir;
- N. 1 apparecchio per la tosse assistita modello Nippy Clearway ditta MedicAir;
- N. 1 umidificatore esterno compatibile con ventilatore modello Trilogy EVO (suggerito HC 150);
- N. 1 aspiratore funzionante sia a batteria che a corrente elettrica;
- N. 1 batteria interna compatibile con ventilatore modello Trilogy EVO;
- N. 1 saturimetro con allarmi funzionante a batteria con base di ricarica a parete;
- N. 1 pallone per assistenza respiratoria tipo AMBU;

e il seguente materiale di consumo, annuale:

- N. 12 circuiti ventilatore monotubo compatibili con ventilatore Trilogy EVO ditta MedicAir;
- N. 12 circuiti compatibili con apparecchio per la tosse assistita modello Nippy;
- N. 150 filtri antibatterici umidificati HME;
- N. 200 filtri antibatterici per apparecchio per la tosse assistita;
- N. 6 maschere modello Rush N. 5 (misura large);
- N. 200 sondini CH 14;
- N. 2 maschere nasali ventilata modello DreamWisp, distribuite da Philips;
- N. 1 maschera oro-nasale ventilata modello Simplus, distribuita da F&P, misura Media;
- N. 1 maschera oro-nasale ventilata modello Amara-view, distribuita da Philips, misura Media,



CENTRO CLINICO  
**Nemo**  
ROMA

Gemelli 

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore

## Centro Clinico NeMO

PER LA CURA E LO STUDIO DELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI

**Settaggio Trilogy EVO in uso al paziente configurato in modalità monotubo a perdita, con maschera ventilata, circuito semplice:**

Modalità ST- AVAPS; IPAP min= 14 cmH<sub>2</sub>O; IPAP max = 26 cmH<sub>2</sub>O EPAP= 5 cmH<sub>2</sub>O; Tempo inspir= 1,1 s ; Trigger Insp= autotrack ; Tempo incremento 3; VT= 430 ml Freq resp 16/min; v avaps: 5 cmH<sub>2</sub>O

**Impostazioni apparecchio per la tosse assistita modello Nippy Clearway:**

Modalità automatico; Inspirazione + 35 cmH<sub>2</sub>O; Espirazione - 35 cmH<sub>2</sub>O T insp 1,3 s T esp 1,6 s T pausa 0,8 s

Tale certificazione ha validità annuale.

In considerazione della serietà delle condizioni cliniche, è richiesto un **iter burocratico urgente**.

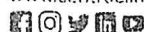
Lo Specialista Pneumologo

Dr.ssa L. M. Porro

Fondazione Policlinico Universitario  
Agostino Gemelli IRCCS

Dr.ssa Lucia Maria Porro  
9051209056881457

SEDE LEGALE: Fondazione Serena Onlus  
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano  
C.F. e Partita IVA 05042160969  
Tel. 02.91.43.571 Fax 02.91.43.37.200  
www.centrocliniconeмо.it - info@centrocliniconeмо.it



Centro Clinico NeMO Roma  
Direttore Clinico Prof. Mario Sabatelli  
c/o Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS,  
Largo Agostino Gemelli, 9 - 00168 Roma  
Tel 06.30.15.82.20 Fax 06.30.15.82.66  
adulti.roma@centrocliniconeмо.it



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

### RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: PIATTAFORMA POLIAMBULATORIALE DISTRETTO 1

SEDE: RIETI VIALE MATTEUCCI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

#### 1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

.....  
 ..... SATURIMETRO CON ALLARMI FUNZIONANTE .....  
 ..... A BATTERIA CON BASE DI RICARICA .....  
 ..... A PARETE .....  
 .....

**N.B.:** nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac – Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2015) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: euro 300/mese.....

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO  SI  NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

.....  
 ..... EFFETTI CONTENIMENTO SO .....  
 ..... L'APPARECCHIO NE NECESSITA .....  
 ..... VEDI PIANO TERAPEUTICO DEL .....  
 ..... PRODOTTO "GEMELLI" .....



**Motivazione della sostituzione:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:**

.....  
VEDI PIANO TERAPEUTICO DEL  
.....  
POLICLINICO GEMELLI  
.....  
.....

**9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**10-L'APPARECCHIATURA RICHIESTA RICHIEDE / NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:**

.....  
.....

Data 04/08/2022

*Lyette*

U.O.: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(in stampatello)

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(leggibile con timbro)

ASL Rieti  
DISTRETTO 1  
Rieti Antropoca S. Elpidio  
Il Direttore  
Dr. Antonio Boncompagni

**N.B.:** Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di afferenza.