



S.S.N. REGIONE ABRUZZO  
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI  
**MODULO PER LA PRESCRIZIONE  
DEL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA  
DOMICILIARE**

**Rev. 0  
09/01/2026  
MRSQA133-2**

|                      |                           |                       |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| <b>Il/La Sig.</b>    |                           | nato/a a:             |
| il                   | Residente/domiciliato in: |                       |
| Via:                 |                           | Med.curante:          |
| recapiti telefonici: |                           | C.F.:                 |
| Data richiesta:      |                           | Carattere richiesta*: |

|  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
|  | paziente ambulatoriale:     | I                        |
|  | paziente ospedalizzato c/o: | dimissione prevista, il: |

**DIAGNOSI:**

|  |                                         |                                              |
|--|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
|  | Non in trattamento con O <sub>2</sub> T | necessita di O <sub>2</sub> terapia (L/min): |
|--|-----------------------------------------|----------------------------------------------|

**PRESIDIO PRESCRITTO E RELATIVO PROFILO**

|  |                         |  |
|--|-------------------------|--|
|  | Dispositivo/ventilatore |  |
|  | tipologia               |  |

|  |                |          |
|--|----------------|----------|
|  | Altro presidio | presidio |
|--|----------------|----------|

|  |                     |  |                         |
|--|---------------------|--|-------------------------|
|  | presso il domicilio |  | presso altra Struttura: |
|--|---------------------|--|-------------------------|

|                                    |    |    |                    |
|------------------------------------|----|----|--------------------|
| Pz già in terapia con dispositivo: | NO | SI | tipologia e ditta: |
|------------------------------------|----|----|--------------------|

**EROGATORE DEL SERVIZIO\*:**

**\*Come da scelta effettuata dal paziente/caregiver secondo Procedura Aziendale PGSQA133**

Il medico prescrittore (data, timbro e firma): \_\_\_\_\_



S.S.N. REGIONE ABRUZZO  
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE  
DEL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA  
DOMICILIARE**

**Rev. 0  
09/01/2026**

**MRSQA133-2**

**PROFILI ASSISTENZIALI E PROTOCOLLI RELATIVI**

☒ **PROFILO ASSISTENZIALE 1**  
DISTURBI RESPIRATORI SONNO CORRELATI

**PROTOCOLLO A: OSAS**

**PROTOCOLLO B: OSAS COMPLESSA**

**PROFILO ASSISTENZIALE 2**  
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SECONDARIA ALLA BPCO E/O  
PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI O ASSIMILABILI CON  
NECESSITA' DI VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA

**PROTOCOLLO A: VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA < 16 ORE**

**PROTOCOLLO B: VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA > 16 ORE**  
(Previsto sempre un 2° ventilatore di riserva pari al principale)

**PROFILO ASSISTENZIALE 3**  
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SECONDARIA ALLA BPCO E/O  
PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI O ASSIMILABILI  
**CON NECESSITA' DI VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA**

**PROTOCOLLO A: VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA < 16 ORE**  
(Previsto sempre un 2° ventilatore di riserva pari al principale)

**PROTOCOLLO B: VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA > 16 ORE**  
(Previsto sempre un 2° ventilatore di riserva pari al principale)

**DESCRIZIONE BISOGNI ASSISTENZIALI**

**AEROSOLIZZATORE/NEBULIZZATORE**  
Previsto solo per il profilo 3.

**SATURIMETRO PER MONITORAGGIO IN CONTINUO**  
Prescrivibile anche singolarmente.

**ASPIRATORE**  
Previsto per il profilo 3 (pazienti ventilati tracheo) unitamente a un 2° aspiratore di riserva pari al principale.

**ASPIRATORE**  
Prescrivibile anche singolarmente nei pazienti non tracheo (ventilati e non).

**MOBILIZZATORE DI SECREZIONI E ASSISTENTE ALLA TOSSE**  
Prescrivibile anche singolarmente sempre associato a un aspiratore, se quest'ultimo non è già compreso nel profilo assistenziale.

**SISTEMA DI UMDIFICAZIONE ED EROGAZIONE DI ARIA/OSSIGENO AD ALTI FLUSSI**  
Prescrivibile anche singolarmente.

Data: \_\_\_\_\_

Il medico (data, timbro e firma)



S.S.N. REGIONE ABRUZZO  
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI  
**MODULO PER LA PRESCRIZIONE  
DEL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA  
DOMICILIARE**

Rev. 0  
09/01/2026  
**MRSQA133-2**

| SETTING DISPOSITIVO                    |                                                 |                                                   |                                |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>MODALITA' PAP:</b>                  |                                                 | PRESSIONE TITOLAZIONE/RANGE (cmH <sub>2</sub> O): |                                |
| P.iniziale (cmH <sub>2</sub> O):       | Rampa (min):                                    | AE (cmH <sub>2</sub> O):                          |                                |
|                                        |                                                 |                                                   |                                |
| <b>MODALITA' BILEVEL:</b>              |                                                 | PS/IPAP (cmH <sub>2</sub> O):                     |                                |
| PS /IPAP min/max (cmH <sub>2</sub> O): |                                                 | PEEP/EPAP (cmH <sub>2</sub> O):                   |                                |
| EPAP min/max (cmH <sub>2</sub> O):     |                                                 | DELTA PS (cmH <sub>2</sub> O):                    |                                |
| VT target (ml):                        | VA (L/min):                                     | PS max(cmH <sub>2</sub> O):                       |                                |
| T <sub>insp</sub> min/max (sec):       | FR (min):                                       | RISE TIME (msec):                                 |                                |
| T <sub>TIMEED</sub> (sec):             | TRIGGER insp:                                   | TRIGGER EXP %:                                    |                                |
| <b>MODALITA' VOLUMETRICA</b>           |                                                 |                                                   |                                |
| VT (ml):                               | VT target (ml):                                 | PS max (cmH <sub>2</sub> O):                      |                                |
| T <sub>INSP</sub> (sec):               | RAPPORTO I/E:                                   | SLOPE:                                            |                                |
| SETTING ALLARMI                        |                                                 |                                                   |                                |
| VT MIN/MAX (ml):                       | V <sub>min</sub> /min/max (cmH <sub>2</sub> O): | FR mx/min                                         | P.(cmH <sub>2</sub> O) min/max |
| SISTEMA AD ALTO FLUSSO (HFNC)          |                                                 |                                                   |                                |
| FLUSSO (l/m):                          | FIO <sub>2</sub> target/O <sub>2</sub>          | TEMP.°C:                                          | CANNULA misura:                |
| P. INSPIRATORIA (cmH <sub>2</sub> O):  | <b>PERCUSSORE</b>                               | <b>RECLUTAMENTO</b>                               |                                |
| P. ESPIRATORIA (cmH <sub>2</sub> O):   | P. INSP. (cmH <sub>2</sub> O):                  | T. INSP. MAX (sec):                               |                                |
| PAUSA (sec):                           | CICLI:                                          | P. INSP. MAX (cmH <sub>2</sub> O):                |                                |
| T. INSP. (sec):                        | CICLI/MIN (I/E):                                | FLUSSO INSP (l/min):                              |                                |
| T. EXP. (sec):                         |                                                 | TRIGGER INSP.:                                    |                                |
| EXP. FLOW:                             |                                                 | RAMPA EXP (sec):                                  |                                |
| OSCILLAZIONI (cicli/sec):              |                                                 | PEEP (cmH <sub>2</sub> O):                        |                                |
| ACCESSORI                              |                                                 |                                                   |                                |
| <b>TIPOLOGIA INTERFACCIA</b>           |                                                 | MODELLO E MISURA:                                 |                                |
| VENTILATA                              | NON VENTILATA                                   | NASALE                                            | ORO-NASALE                     |
| CANNULA TRACHEOSTOMICA                 |                                                 | TIPO:                                             |                                |
| CUFFIATA                               | NON CUFFIATA                                    | MISURA:                                           |                                |
| <b>UMIDIFICAZIONE ED ACCESSORI</b>     |                                                 |                                                   |                                |
| FILTRI HME                             | CAMERA DI UMIDIFICAZIONE                        | INTEGRATA:                                        |                                |
| GRUPPO DI CONTINUITA' (per Profilo 3)  |                                                 | CARRELLO CON BRACCIO (per Profilo 3)              |                                |
| <b>ALTRO:</b>                          |                                                 |                                                   |                                |



S.S.N. REGIONE ABRUZZO  
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI  
**MODULO PER LA PRESCRIZIONE  
DEL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA  
DOMICILIARE**

**Rev. 0  
09/01/2026  
MRSQA133-2**

**IL MEDICO PRESCRITTORE E STRUTTURA / U.O. DI APPARTENENZA:**

Data: \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma Medico prescrittore**

**NOTE**

La responsabilità della scelta del profilo assistenziale e del relativo setting ventilatorio, nonché quella dei bisogni assistenziali, è del medico "prescrittore".

Ai fini di una corretta e sicura gestione del trattamento, un operatore della Struttura "prescrittrice", in collaborazione con un operatore della Ditta erogatrice del servizio, provvederà all'addestramento e all'adattamento del paziente o, in subordine, del suo Caregiver.

Per qualsivoglia chiarimento/esigenza rivolgersi alla Struttura "prescrittrice" o alla Ditta erogatrice del servizio, a seconda delle competenze.

**La presente richiesta dev'essere consegnata in originale al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario di residenza dell'assistito unitamente alla copia del verbale di riconoscimento di invalidità civile o, se non in possesso perché non ancora rilasciato, alla copia della domanda di richiesta di riconoscimento di tale invalidità (certificato medico e istanza amministrativa).**

**\*Il carattere d'Urgenza della richiesta fa riferimento UNICAMENTE ai pazienti ricoverati che non possono essere dimessi senza il dispositivo utilizzato in corso di degenza.**

|                                                                                  |                                                                                                                                                           |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|  | <p>S.S.N. REGIONE ABRUZZO<br/>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</p> <p><b>MODULO PER LA PRESCRIZIONE<br/>DEL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA<br/>DOMICILIARE</b></p> | <p><b>Rev. 0<br/>09/01/2026</b></p> <p><b>MRSQA133-2</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

\*\*\*\*\*

**A cura del l'Ufficio Ausili e Protesi ASL02 del Distretto Sanitario di appartenenza**

( ) SI AUTORIZZA

( ) NON SI AUTORIZZA

( ) SI AUTORIZZA PER AVVENUTA RICONCILIAZIONE

Note:

---



---



---



---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Il Responsabile del Distretto Sanitario, Ufficio Ausili e Protesi**

Timbro e firma: \_\_\_\_\_