



**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**  
**ASL Oristano** Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano

*P. Gasperetti*  
*[Signature]*

Prot. n. NP/2016/10282

Oristano 5/10/16

Servizio Sanitario Regione Sardegna	
ASL n° 5 - ORISTANO	
Dipartimento Amministrativo	
Servizio Provveditorato	
- 5 OTT 2016	
Arrivato il _____	
Prot. N. _____	del _____

Al Resp. Servizio  
Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto XENBILOX.

Allegato n° 1 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 3 fogli

Al fine di garantire la continuità terapeutica per un paziente affetto da grave patologia rara si chiede l'acquisto del farmaco unico di importazione sotto indicato.:

Codice	Prodotto	Quantità	Ditta
1023717	XENBILOX 250MG 100 CPS	6 confezioni	INTERFARMACI

La quantità è presunta per 6 mesi di terapia.

Si allega prescrizione medica e la dichiarazione di infungibilità.

Si precisa che il farmaco è stato già acquistato nell'anno 2016 dalla ditta INTERFARMACI con contratto 562/2016.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE f.f.  
FARMACIA TERRITORIALE  
Dr.ssa Marisa Pirasu

*[Signature]*

**MODULO DA COMPILARE e da allegare all'ORDINE**

**ATTENZIONE TIMBRO AZIENDA OSPEDALIERA OBBLIGATORIO** →

Al SERVIZIO FARMACEUTICO dell'AZIENDA OSPEDALIERA di: .....  
p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITA' AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO)

Data, ..... 30/09/2016

**OGGETTO:** Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.

LELLIU FRANCO

Il sottoscritto Dott. (IN STAMPATELLO LEGGIBILE) Operante presso il Reparto/Divisione di CLINICA PEDIATRICA, TALASSEME, MALATTIE RARE

Chiede di importare, tramite la ditta INTER FARMACI ITALIA s.r.l., il seguente farmaco:

**PRINCIPIO ATTIVO:** acido chenodesossicolico  
**NOME COMMERCIALE:** XENBILOX  
**FORMA FARMACEUTICA:** capsule  
**DOSAGGIO:** 250 mg.  
**CONFEZIONAMENTO:** 100 caps

Nella quantità di N° 6 conf. da 100 prodotto dalla ditta Sigma Tau (Germania) titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (Soggetto al 10% dell'imposta IVA) è indispensabile ed insostituibile

**I PER LA CURA DEL PAZIENTE/ ar. 1 (INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI)**  
O.S. 03/09/1990

affetti da **INDICARE PATOLOGIA** XANTOMATOSI CEREBROTENDINEA

**POSOLOGIA** non superiore a 3 mesi 3 CPS/DIE

**II PER SCORTA FARMACI - REPARTO SENZA PAZIENTI INDIVIDUATI** data la variabilità della patologia e della durata della terapia non è possibile indicare preventivamente un numero preciso di pazienti a cui verrà somministrato il farmaco; comunque, sulla base dei dati storici, il quantitativo richiesto non dovrebbe superare l'esigenza di tre mesi di scorta.

affetti da (INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi)

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

**DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:**

- Non è sostituito per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- La generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.

**BARRARE LA TEMPERATURA CORRETTA:**

- Particolari condizionali di conservazione: temperatura:  (+2°+8°C),  (-20°C),  (Ambiente).

Il Sottoscrivente è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento emesso sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

AO Brotzu - Cagliari

10. SERVIZIO MEDICINA  
2° CLINICA PEDIATRICA  
749160 Dott. Franco Lelliu

(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO)  
FARMACEUTICO)

(IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

2



### Richiesta di acquisto da Unico Operatore Economico Dichiarazione di infungibilità del farmaco

Prot. ASL NP/ \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Direttore  
Servizio Provveditorato

U.O. richiedente FARMACIA TERRITORIALE

(Dati Farmaco)

Farmaco (nome commerciale) XENBILOX

Principio attivo Ac. CHEMOASSOCIATO

Operatore Economico \_\_\_\_\_

(Dati programmazione fornitura)

Fabbisogno annuo presunto 3000/ME VP UNCONF X 100 CAR

Spesa annua presunta (iva/esclusa) \_\_\_\_\_

Durata proposta del contratto di fornitura \_\_\_\_\_

(Motivazione della infungibilità - art. 63 comma 2 lett. b) D.Lgs. n. 50/2016\*)  
(Allegare, se del caso, breve relazione clinica)

- Indicazione terapeutica per specifica patologia XANTO RITOSI CEREBRO TENZIONALE  
PROSECUZIONE TERAPIA CON FARMACO DI IMPORTAZIONE
- Indicazione terapeutica per specifici casi clinici \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

I sottoscritti dichiarano, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, che per le indicazioni terapeutiche sopra specificate, secondo la Farmacopea Ufficiale (PFN, Tabelle AIFA, altro ...), non sono disponibili alla data della presente richiesta farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico o con effetto terapeutico comparabile (fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare).

Il Direttore U.O. richiedente \_\_\_\_\_

(per competenza)

Il Direttore Farmacia Ospedaliera \_\_\_\_\_

Il Direttore Farmacia Territoriale [Signature]

**Oggetto:** Offerta MIGLIORATIVA XENBILOX

**Mittente:** "Offerte - Inter Farmaci Italia" <offerte@interfarmaciitalia.it>

**Data:** 26/08/2016 12.15

**Allegati:**  Offerta farmaci 1.pdf (430 KB),  comunicazione MODULI.pdf (162 KB),  MODULO XENBILOX.DOC (50,0 KB),  XENBILOX SIGMA TAO.pdf (123 KB)

**A:** <provveditorato@asloristano.it>, <paola.gasparotto@asloristano.it>

In allegato trasmettiamo offerta economica MIGLIORATIVA del prodotto in oggetto + modulo per la richiesta d'importazione + scheda tecnica.

**SI CHIEDE DI SEGUIRE CON MOLTA ATTENZIONE LE INDICAZIONI DELLA COMUNICAZIONE IN ALLEGATO RELATIVA ALLA COMPILAZIONE DEI MODULI PER L'IMPORTAZIONE.**

Cordialmente

Valentina

*P. Gasparotto*  
*29/08/2016*



Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - CRISTIANINO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato  26 AGO 2016  Arrivato il _____ Prot. N. <u>Pa2016/50634</u> del <u>29/08/2016</u>
---

**INTER FARMACI ITALIA s.r.l.**  
Via Muller 32 – 28921 VERBANIA  
tel. 0323/48104 – fax 0323/491549  
P.iva e Cod. Fisc. 09577370019  
www.interfarmaciitalia.com

*Nota di riservatezza: Il presente messaggio, corredato dei relativi allegati, contiene informazioni da considerarsi strettamente riservate ed è destinato esclusivamente al destinatario sopra indicato, il quale è l'unico autorizzato ad usarlo, copiarlo e, sotto la propria responsabilità, diffonderlo. Chiunque ricevesse questo messaggio per errore o comunque lo leggesse senza esserne legittimato è avvertito che trattenerlo, copiarlo, divulgarlo, distribuirlo a persone diverse dal destinatario è severamente proibito ed è pregato di rinviarlo immediatamente al mittente distruggendone l'originale. Grazie.*

*Informativa privacy: L'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 è già stata comunicata oralmente o per scritto. Ricordiamo anche che le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare o al Responsabile del trattamento.*

Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 2 fogli

*1*



# Inter Farmaci Italia®

World medicines for hospital

Verbania, 26/08/2016

Spett.le

AZIENDA OSPEDALIERA  
ASL 5 ORISTANO (707)

SERVIZIO PROVVEDITORATO  
Alla c.a. della Dott.ssa Demurtas

fax: 0783/733.15

tel.: 0783/317.780

e-mail: [provveditorato@asloristano.it](mailto:provveditorato@asloristano.it);

[paola.gasparotto@asloristano.it](mailto:paola.gasparotto@asloristano.it)

**NEW**

Sono reperibili tramite la nostra struttura i prodotti:  
**XENBILOX (acido chenodesossicolico),**  
**ALKERAN (melphalan),**  
**CARM PV (carmustina).**

## OFFERTA MIGLIORATIVA

la presente offerta è valida solo per una piccola quantità disponibile presso il ns. fornitore. Vi suggeriamo di **emettere immediatamente** l'ordine in modo da assicurarVi la fornitura a queste vantaggiose condizioni.

Nome commerciale: XENBILOX

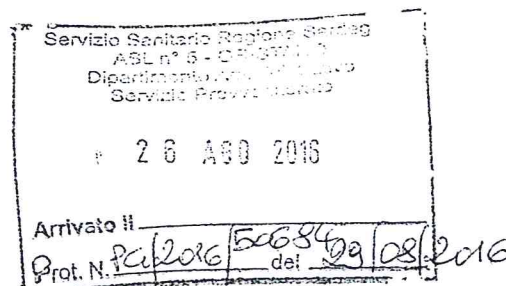
Principio Attivo: acido chenodesossicolico

Ditta produttrice: Sigma Tau (Germania)

Confezionamento: 100 caps.

Dosaggio: 250 mg.

Prezzo per conf.: € 3.360,00.



*I prezzi offerti rimarranno invariati salvo aumenti direttamente disposti dalla Ditta produttrice.*

Spese di trasporto: \*\*\*GRATUITE\*\*\*

IVA: 10% esclusa.

Pagamento: 60 gg. secondo normativa 2011/7/UE/16.02.2011 con termine di recepimento al 16/03/2013.

### ATTENZIONE! PER RISPETTARE LA LEGGE DI IMPORTAZIONE...

...ed effettuare gli ordini in modo corretto permettendo la regolare evasione, ora deve essere **SEMPRE** chiaramente indicato sul modulo di assunzione di responsabilità, compilato dal Medico prescrivente, se il farmaco serve per **SCORTA** o per **PAZIENTI GIA' INDIVIDUATI** e l'indicazione terapeutica per la quale il prodotto è registrato. Per pazienti individuati vanno indicate **SEMPRE** le **INIZIALI** e la **DATA DI NASCITA** del/i paziente/i, la **PATOLOGIA** e la **POSOLOGIA** non superiore ai tre mesi. Inoltre su ogni modulo deve essere sempre apposto **il timbro e la firma LEGGIBILE** dell'Azienda Ospedaliera richiedente.

**Inter Farmaci Italia S.r.l.**

Inter Farmaci Italia Srl  
Codice Fiscale, Registro Imprese  
e Partita IVA 09577370019

Sede legale  
Via E. Sonnaz, 11  
10121 - Torino

Sede operativa  
Via Müller, 32  
28921 - Verbania-Intra (VB)

Tel +39 0323 48104/480845  
Fax +39 0323 48195/491549  
@ [info@interfarmaciitalia.com](mailto:info@interfarmaciitalia.com)  
web [www.interfarmaciitalia.com](http://www.interfarmaciitalia.com)

[interfarmaciitalia](https://www.facebook.com/interfarmaciitalia)

@InterFarmaci

InterFarmaci

**Inter Medical Shop**  
I professionisti della salute al tuo servizio

**Inter Farmaci Italia**  
World medicines for hospital

2

**Oggetto:** R: Offerta MIGLIORATIVA XENBILOX  
**Mittente:** "Offerte - Inter Farmaci Italia" <offerte@interfarmaciitalia.it>  
**Data:** 07/10/2016 12.23  
**A:** "paola gasparotto" <paola.gasparotto@asloristano.it>

Grazie mille,

iniziamo a contattare il nostro fornitore.

Cordialmente.

Valentina

**Da:** paola gasparotto [mailto:paola.gasparotto@asloristano.it]  
**Inviato:** venerdì 7 ottobre 2016 12:14  
**A:** Offerte - Inter Farmaci Italia  
**Cc:** Provveditorato  
**Oggetto:** Offerta MIGLIORATIVA XENBILOX

Buongiorno,

sto' predisponendo l'atto di acquisto del farmaco Xenbiox e successivamente verrà emesso l'ordine.

Cordiali saluti

Paola Gasparotto

**Da:** "Offerte - Inter Farmaci Italia" <offerte@interfarmaciitalia.it>  
**A:** "paola gasparotto" <paola.gasparotto@asloristano.it>  
**Inviato:** Venerdì, 7 ottobre 2016 11:52:33  
**Oggetto:** R: Offerta MIGLIORATIVA XENBILOX

Gentile Dottressa,

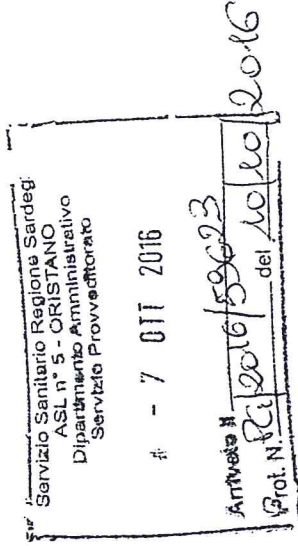
le confermiamo l'offerta.

Per affrettare i tempi di consegna, le consiglieri di emettere subito l'ordine così avvisiamo subito il nostro fornitore e blocchiamo immediatamente le confezioni.

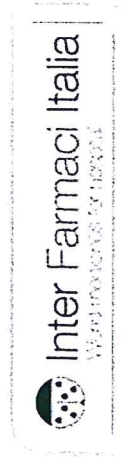
Grazie per la collaborazione, mi faccia sapere.

Cordialmente

Valentina



Allegato n° 3 alla determinazione  
Serv. Provveditorato n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 3 fogli



INTER FARMACI ITALIA s.r.l.

Via Muller 32 – 26921 VERBANIA  
tel. 0323/48104 – fax 0323/491549  
P.Iva e Cod. Fisc. 09577370019  
[www.interfarmaciitalia.com](http://www.interfarmaciitalia.com)

*Nota di riservatezza: il presente messaggio, congedo dei relativi allegati, contiene informazioni da considerarsi strettamente riservate ed è destinato esclusivamente al destinatario sopra indicato, il quale è l'unico autorizzato ad usare, copiarlo e, sotto la propria responsabilità, diffonderlo. Chiunque ricevesse questo messaggio per errore o comunque lo leggesse senza esserne legittimato è avvertito che trattamento, copia, divulgazione, distribuzione o qualsiasi altro uso non autorizzato è severamente proibito ed è pregato di rinviare immediatamente al mittente distruggendone l'originale.*

*Informativa privacy: L'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 è già stata comunicata oralmente o per scritto. Ricordiamo anche che le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erranei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendosi alle richieste al Titolare o al Responsabile del trattamento.*

Da: paola gasparotto [mailto:[paola.gasparotto@asloristano.it](mailto:paola.gasparotto@asloristano.it)]  
Inviato: venerdì 7 ottobre 2016 11:48  
A: Offerte - Inter Farmaci Italia  
Cc: Provveditorato  
Oggetto: Fwd: Offerta MIGLIORATIVA XENBILOX

Buongiorno,

in riferimento all'offerta migliorativa trasmessa con la mail sotto indicata, si chiede la conferma della medesima, considerato che è pervenuta all'ufficio scrivente la richiesta della Farmacia Territoriale per l'acquisto di n. 6 confezioni del farmaco Xenbiox 250 mg.

Si resta in attesa di cortese e urgente riscontro e si porgono cordiali saluti

Paola Gasparotto  
Asl n.5 Oristano  
Servizio Provveditorato  
Tel.0783/317785

---

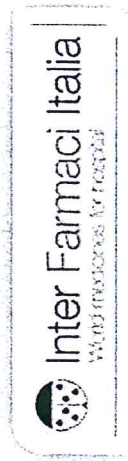
Da: "Offerte - Inter Farmaci Italia" <[offerte@interfarmaciitalia.it](mailto:offerte@interfarmaciitalia.it)>  
A: [provveditorato@asloristano.it](mailto:provveditorato@asloristano.it), "paola gasparotto" <[paola.gasparotto@asloristano.it](mailto:paola.gasparotto@asloristano.it)>  
Inviato: Venerdì, 26 agosto 2016 12:15:16  
Oggetto: Offerta MIGLIORATIVA XENBILOX

In allegato trasmettiamo offerta economica MIGLIORATIVA del prodotto in oggetto + modulo per la richiesta d'importazione + scheda tecnica.

**SÌ CHIEDE DI SEGUIRE CON MOLTA ATTENZIONE LE INDICAZIONI DELLA COMUNICAZIONE IN ALLEGATO RELATIVA ALLA COMPILAZIONE DEI MODULI PER L'IMPORTAZIONE.**

Cordialmente

Valentina



**INTER FARMACI ITALIA s.r.l.**  
Via Muller 32 – 28921 VERBANIA  
tel. 0323/48104 – fax 0323/491549  
P.Iva e Cod. Fisc. 09577370019  
[www.interfarmaciitalia.com](http://www.interfarmaciitalia.com)

*Nota di riservatezza: il presente messaggio, corredato dei relativi allegati, contiene informazioni da considerarsi strettamente riservate ed è destinato esclusivamente al destinatario sopra indicato, il quale è l'unico autorizzato ad usarlo, copiarlo e, sotto la propria responsabilità, diffonderlo. Chiunque ricevesse questo messaggio per errore o comunque lo leggesse senza esserne legittimato è avvertito che trattamento, copiarlo, divulgarlo, distribuirlo a persone diverse dal destinatario è severamente proibito ed è pregato di rinviare immediatamente al mittente distruggendone l'originale. Grazie.*

*Informativa privacy: L'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 è già stata comunicata oralmente o per scritto. Ricordiamo anche che la sono sconosciuti i dritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erranei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare o al Responsabile del trattamento*