

Wte Zedde
26/03/2016
[Signature]

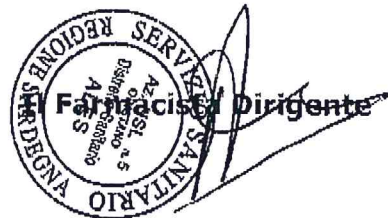
Farmacia Territoriale Ales

Tel 0783/911131-339- fax 0783/9111403

Prot. N.P. 2016-9512Ales li, 19 SET 2016**Oggetto:** Richiesta proroga servizio nutrizione parentelare Ditta Baxter**Al Responsabile
Servizio Provveditorato
Oristano**

Si chiede per l'anno 2016 il rinnovo del servizio di nutrizione parentelare con la Ditta Baxter a favore del piccolo P.M. residente in questo distretto, affetto da insufficienza intestinale cronica benigna da pseudo ostruzione intestinale, come da prescrizione allegata dell' Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma. Per i restanti 6 mesi. (il codice di anagrafica di tale prodotto è 1120056)

Certi di un suo sollecito riscontro si porgono
Distinti Saluti.





Dipartimento Pediatrico Specialistiche
Responsabile: Dott. Francesco Emma

UO Malattie Epato-metaboliche
Responsabile: Dott. Valerio Nobili

UOS Nutrizione Artificiale
Responsabile: Dott.ssa Antonella Diamanti

19 SET 2016

Roma, 19/09/2016

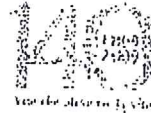
Alla cortese attenzione del Servizio Farmaceutico
dr. Antonello Isoni
tel. 0783/9111314 - fax 0783/9111403

Si certifica che il bambino [redacted] nato a Cagliari il [redacted] e residente [redacted] (C.F. [redacted]), è affetto da pseudostruzione intestinale.
Tale grave situazione, configura il quadro di una Insufficienza Intestinale Cronica Benigna ed ha reso necessario il ricorso ad una Nutrizione Parenterale. Tale tecnica di nutrizione artificiale, attualmente indispensabile e insostituibile per la sopravvivenza del paziente e per la prevenzione di gravi handicaps nutrizionali, andrà proseguita per i prossimi 6 mesi, salvo complicazioni, come già in atto.

Si rilascia su richiesta dei genitori per gli usi consentiti dalla legge.

Dott.ssa A. Diamanti

DOTT.SSA ANTONELLA DIAMANTI
PEDIATRA



Dipartimento di Chirurgia e Centro Trapianti
Prof. Jean de Ville de Goyet, Direttore

U.O.C di Epato-Gastro e Nutrizione
Dott. Giuliano Torre, Direttore

CENTRO di NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE
(DGR Regione Lazio 242/2009)

Alla cortese attenzione della ASL n. 5 distretto di Ales
tel. 0783/91111
e al Servizio Farmaceutico dr. Antonello Ircani
tel. 0783/9111314 - fax 0783/9111103

Si certifica che il bambino è affetto da pseudostruzione intestinale. Tale grave situazione, configura il quadro di una Insufficienza Intestinale Cronica Benigna ed ha reso necessario il ricorso alla Nutrizione Parenterale. Tale tecnica di nutrizione artificiale, attualmente indispensabile e insostituibile per la sopravvivenza del paziente e per la prevenzione di gravi handicaps nutrizionali, andrà proseguita per i prossimi 6 mesi, salvo complicazioni in attesa di un eventuale adattamento gastrointestinale.

Il paziente ha già effettuato lo scorso anno il trattamento di Nutrizione Parenterale Domiciliare e poi è stato sospeso. Attualmente a causa del peggioramento della condizione clinica necessita di riattivazione di tale trattamento.

Si fa pertanto richiesta a codesta ASL affinché deliberi le spese ed i presidi necessari per i programmi di Nutrizione Artificiale.

Per il programma di Nutrizione Parenterale Domiciliare sono necessari:

1. Sacche nutrizionali con glucosio, aminoacidi, sali minerali, oligoelementi, vitamine, secondo prescrizione;
2. soluzioni lipidiche per infusione endovenosa, secondo prescrizione;
3. frigorifero per la conservazione delle sacche;
4. deflussori idonei nelle quantità d'uso (1 al giorno);
5. una o due pompe volumetriche con allarme per infusione parenterale;
6. stringhe sterili, tappi per catetere, materiale vario per medicazione con disinfettanti.

La composizione della sacca parenterale del bambino, al momento attuale, è la seguente:

Componente	Unità di misura	Quantità
Glucosio 33%	ml	500
Sodio cloruro 0.9%	ml	200
Acqua p.p.l.	ml	250
Clinoleic 20%	ml	120
Aminopad 10%	ml	200
Sodio cloruro 30%	ml	4
Sodio glic. fosf. 2mEq/ml	ml	5
Potassio Acetato 3 mEq/ml	ml	7
Magnesio cloruro 10%	ml	4
Calcio gluconato 10%	ml	5
pedirace	ml	33

La precoce età ed il basso peso del soggetto lo rendono ancora più sensibile a possibili squilibri idro-elettrolitici in caso di errori anche parziali nel ritmo di infusione. Inoltre i pazienti in età pediatrica presentano una particolare gravità in caso di problemi settici da catetere venoso, per cui diventa ancora più necessaria una corretta manualità nell'utilizzo della via di infusione. Per tali motivi si ribadisce l'opportunità dell'affidamento del programma di Nutrizione Parenterale Domiciliare alla Ditta Clintec Baxter, via Dell'Oscannoro 259, 50019 Sesto Fiorentino (FI) tel. 055/4216641 fax 055/4216540, con pluriennale esperienza nella gestione di pazienti in età pediatrica.

Rimarranno a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Piazza Sant'Onofrio, 4
00165 Roma
Tel. +39 06 6859-2711/2129
Fax +39 06 6859-3889
e-mail: nutrizione@opbg.net

Gambino Guglielmo
Ospedale Pediatrico
Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
www.ospedalepediatricoguglielmo.it

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

Prot. ASL NP/2016/9701 del 22/9/16

Al Direttore
Servizio Provveditorato

U.O. richiedente FARMACIA TERRITORIALE

(Dati Farmaco)

Farmaco (nome commerciale) SACCA DI NUTRIZIONE PARENTERALE
Principio attivo FORMULA DDTK PERSONALIZZATA

Operatore Economico DAXTER

(Dati programmazione fornitura)

Fabbisogno ~~annuo~~ presunto 6 MESI

Spesa annua presunta (iva/esclusa) _____

Durata proposta del contratto di fornitura 6 MESI

(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 _____
- Indicazione terapeutica per specifici casi clinici _____
- Altro PROSECUZIONE TERAPIA

DI SACCA PERSONALIZZATA NON DISPONIBILE COME
PRODOTTO PRECONFEZIONATO SUL MERCATO

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 W. N. S.



DITTA BAXTER

CODICE	QUANTITA'	CODICE DITTA	DESCRIZIONE	COSTO DEL SERVIZIO GIORNALIERO 2015	COSTO DEL SERVIZIO GIORNALIERO 2016	% SCONTO APPLICATO A SEGUITO DELLA SPENDING REVIEW	TOTALE
1120056	182	559971	SERVIZIO DI NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (sacche personalizzate, materiali di medicazione, apparecchiature occorrenti per la terapia, assistenza infermieristica)	145,00	145,00	0,00	26.390,00

26.390,00

I.V.A. 10%

2.639,00

TOTALE

29.029,00