

S



SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Servizio Assistenza Farmaceutica - Distretto di Oristano

Zedda
26/4/16

Prot. n. UP-2016-4386

Oristano 22/04/16

Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 5 - ORISTANO
Dipartimento Amministrativo
Servizio Provveditorato

22 APR 2016

Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Al Direttore
Servizio Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta servizio nutrizione parenterale domiciliare

Si chiede l'attivazione di un nuovo servizio di nutrizione parenterale domiciliare per il paziente P.L. Affetto da intestino corto post-chirurgico per enterocolite necrotizzante, splenectomia e malnutrizione. Tale servizio sostituisce il servizio attualmente attivo per lo stesso paziente e affidato alla Ditta Baxter.

Le caratteristiche del nuovo servizio sono quelle indicate dal Centro di Nutrizione artificiale Domiciliare del Bambino Gesù di Roma e devono ricomprendere, come riportato nella prescrizione, apparecchiature, dispositivi medici, sacche nutrizionali personalizzate, assistenza infermieristica e reperibilità telefonica 24/24.

si precisa che il suddetto paziente ha già un programma in atto dal 2001 e che per la continuità terapeutica è necessario che vengano mantenute le modalità in essere.

Si allega relazione del Centro di Nutrizione Artificiale Domiciliare-Bambino Gesù di Roma.

Si fa presente che tale servizio sostituisce temporaneamente il servizio in essere
Cordiali saluti.

*W. Pirastu
9/5/2016*

IL DIRETTORE F.F.
FARMACIA TERRITORIALE
Dr.ssa Marisa Pirastu

W. Pirastu

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



Dipartimento Chirurgico
 Prof. Jean de Ville de Goyet, Direttore

U.O.C di Gastroenterologia-Epatologia e Nutrizione
 Dott. Giuliano Torre, Direttore

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

Roma, 21/04/2016

ASL n. 5 ORISTANO
 FAX 0783317082
 fax: 0783/317033

Si certifica che il paziente P. nato a il / / e residente a (tel. -), è affetto da intestino corto post-chirurgico per enterocolite necrotizzante, splenectomia e malnutrizione.

Tale grave patologia ha reso necessario il ricorso ad una Nutrizione Parenterale per catetere venoso centrale attraverso un catetere Broviac monolume.

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.

Si specifica che i requisiti minimi per una garanzia di efficacia e sicurezza dei programmi di Nutrizione Parenterale a domicilio sono i seguenti:

- Affidamento del programma a enti pubblici o provider esterni con provata e pluriennale esperienza nella gestione a domicilio di pazienti pediatrici.
- Farmacia con esperienza nell'allestimento di sacche nutrizionali personalizzate, non potendo ricorrere alle sacche standard pronte, presenti in commercio, così come possibile nell'adulto.
- Reperibilità infermieristica telefonica 24/24
- Disponibilità ad effettuare controlli infermieristici al domicilio del paziente in regime elettivo o di urgenza.
- Laddove i pazienti abbiano già dei programmi in atto, garantire che, in base al principio della continuità terapeutica, i programmi domiciliari vengano svolti secondo le modalità già in essere e precedentemente deliberate.

Per il programma di Nutrizione Parenterale Domiciliare sono necessari:

- frigorifero per la conservazione delle sacche;
- deflussori idonei nelle quantità d'uso (1 al giorno);
- una o due pompe volumetriche con allarme per infusione parenterale;
- siringhe sterili, tappi per catetere, materiale vario per medicazione con disinfettanti;

- 3 pacchetti di garze sterili al giorno (dimensioni 10 cm x 10 cm)
- 5 fiale di soluzione fisiologica (fl da 10 ml) al giorno
- 1 fiala di Epsodilave (eparina sodica) da 3 ml al giorno
- 6 siringhe da 10 ml al giorno
- Cerotto per medicazione 5 cm x 10 cm Mefix (1 al mese)
- Cerotto medicato (cerotto medicazione adesiva sterile con tampone antiaderente 8 cm x 10 cm) a giorni alterni
- Per medicazione Port a cath: acqua ossigenata; clorexidina (Chloraprep con colorante 2 %, clorexidina gluconato 20 mg/ml, alcool isopropilico 0,70 ml/ml)
- Tappo antireflusso per CVC (Cumedical): 1 a settimana
- 3 paia di guanti sterili al giorno
- Mascherine facciali: 1/die
- Guanti sterili: 2/die
- Cuffie: 2/die
- Bende a rete tubolare (Bendelast 25 m n° 10): 1 al mese
- Cerotto in seta (Durapore): 1 scatola ogni 2 mesi

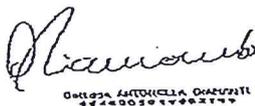
Si fa pertanto richiesta a codesta ASL affinché deliberi le spese ed i presidi necessari per i programmi di Nutrizione Artificiale a domicilio per il paziente secondo i requisiti minimi suddetti.

Per tale programma si richiede:

- ISOLYTE 2000 ML
Elettrolitica equilibrata pediatrica Flaconi 250 ml
- Albumina 100 ml : 4 volte a settimana (tale indicazione potrebbe variare in relazione all'evoluzione clinica)

Rimaniamo a disposizione per eventuali chiarimenti.

Dott.ssa A. Diamanti

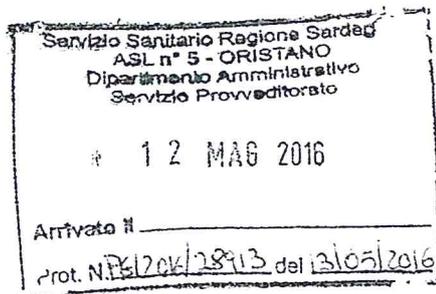


00165 ROMA
00165 ROMA

Piazza Sant'Onofrio, 4
00165 Roma
Tel. +39 06 6859-2150-2243
Fax +39 06 6859-2182
e-mail: nutrizione@opbg.net

Dimitrio Goró
Ospedale Pediatrico
Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
www.ospedalebambinogoró.it

 Joint Commission
International



Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° del
Composto di n° 2 fogli.

Baxter

Spett.le
ASL ORISTANO
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO

Roma, 12/05/2016
Offerta: 01833/2016
Servizio offerte: Rachele Siciliani

Oggetto: offerta relativa al Servizio di Terapia Reidratante cambio terapia paziente residente nel distretto di Oristano

Con la presente la Baxter S.p.A., in virtù della prescrizione inviataci, relativa all'assistito attualmente in carico nel servizio Long Term, che prevede la fornitura del servizio domiciliare con la somministrazione della terapia idratante con codice LME9995 con sacca ISOLYTE 2000 ML, vi comunichiamo la disponibilità per la seguente fornitura:

CODICE LME9995 - SERVIZIO DOMICILIARE COMPLETO REIDRATANTE

Il prezzo forfettario secondo quanto descritto nell'ALLEGATO A per ogni giorno di terapia ammonta a **79,50 € (settantanove/50)** oltre aliquota IVA del 10%, secondo quanto disposto dal D.P.R. 633/1972 - Tabella A - Parte III - 114.

Nel caso in cui la fornitura fosse destinata a pazienti affetti da menomazione di tipo funzionale permanente, previa dichiarazione firmata dal Responsabile di Farmacia con assunzione di responsabilità dello stesso, da allegare al singolo ordine, l'aliquota IVA applicabile sarà quella del 4%, secondo quanto disposto dal D.P.R. 633/1972 - Tabella A - Parte II - 41 quater (codice di fatturazione LME9995M). Nel caso in cui tale dichiarazione non fosse allegata al singolo ordine, sarà applicata l'aliquota del 10%.

Pagamento in linea con il D.L. 231 del 9.10.2002. L'ordine minimo è di sedici giorni di terapia.

La consegna dei prodotti può essere effettuata sia presso la struttura ospedaliera, che al distretto che direttamente al domicilio del paziente.

In attesa di vostro riscontro, porgiamo distinti saluti.

BAXTER S.p.A.
Claudia Margaritelli
Procuratore

Sede Legale e Amministrativa
Baxter S.p.A.
Piazzale dell'Industria 20, 00144 Roma
Tel (+39) 06 324911 - Fax (+39) 06 3221643
Sito Internet: www.baxteritalia.it
Capitale Sociale € 7.000.000,00 I.v. - Iscritta al Registro delle Imprese di ROMA - C.F. 00492340583 - P. IVA: 00907371009 - Nr. REA 323287
Indirizzo PEC: baxterspa@pec.baxter.com

Warehouse & Distribution
Viale Trentino 18/20, 35043 Monselice PD
Tel (+39) 0429 768501 - Fax (+39) 0429 768 590

Field Technical Service
Via Camurana 71, 41036 Medolla MO
Tel (+39) 0535 50411 - Fax (+39) 0535 25960



ALLEGATO A

Servizio Terapia Reidratante - Descrizione del servizio

Il servizio prevede la fornitura al domicilio del paziente di:

- a) ISOLYTE, soluzione di Glucosio al 5% con elettroliti, 2000 ml in sacca, registrata come specialità medicinale.
- b) Kit di medicazione con il materiale necessario per la corretta gestione degli accessi venosi (centrale/ periferico/ PICC/ Midline/ impiantato). Ogni Kit di medicazione contiene il quantitativo necessario per 8 giorni di terapia.
- c) Set di infusione con regolatore di flusso controllato e compensato oppure pompa volumetrica, in uso accessorio gratuito, con relativi set di corredo per l'infusione delle miscele nutrizionali ed asta.
- d) Assistenza tecnica: si garantisce la sostituzione della pompa elettronica, laddove richiesta oppure possono essere messe a disposizione del centro alcune pompe da utilizzare in caso di guasto come scorta. Il numero delle pompe verrà concordata tra la Baxter S.p.A. e il responsabile dell'Unità di Nutrizionale Artificiale.

Su richiesta ed in collaborazione con il medico responsabile, la corretta modalità d'uso dei prodotti verrà supervisionata da nostri infermieri Baxter o da personale (diplomati e/o laureati ed iscritti al Collegio nazionale Iplasvi oppure da infermieri specificatamente addestrati che seguiranno le procedure di gestione e manutenzione dell'accesso venoso, di infusione e termine infusione della Baxter) attraverso specifico training al paziente.

Tutto il materiale viene fornito in quantità necessaria per una sicura ed efficace somministrazione della terapia di nutrizionale parenterale. Nella fase di "addestramento" il materiale inviato sarà in quantità necessaria tale da permettere prove e dimostrazioni. Quantità anomale dovranno essere concordate con la responsabile del servizio infermieristico Baxter.

Verrà, inoltre, fornita una quantità di scorta di prodotti e presidi aggiuntivi ed in caso di variazione della tecnica o della terapia, il materiale può essere modificato in accordo con la responsabile del servizio infermieristico Baxter.

Nella presente offerta non è compresa la fornitura dell' albumina che potrà essere quotata a parte.

Sede Legale e Amministrativa
Baxter S.p.A.

Piazzale dell'Industria 20, 00144 Roma
Tel (+39) 06 324911 – Fax (+39) 06 3221643
Sito Internet: www.baxteritalia.it
Capitale Sociale € 7.000.000,00 i.v. – Iscritta al Registro delle Imprese di ROMA – C.F. 00492340583 - P. IVA: 00907370009 – Nr. REA 323287
Indirizzo PEC: baxterspa@pec.baxter.com

Warehouse & Distribution
Viale Trentino 18/20, 35043 Monselice PD
Tel (+39) 0429 768501 – Fax (+39) 0429 768 590

Field Technical Service
Via Camurana 71, 41036 Medolla MO
Tel (+39) 0535 50411 – Fax (+39) 0535 25960

BAXTER S.p.A.
Claudia Margaritelli
Procuratore

Oggetto: Re: Risposta vs Prot. PG/2016/27789/MTD "Fornitura del servizio di nutrizione parenterale occorrente alla ASL 5 di Oristano - servizio sostitutivo"

Mittente: marisa.pirastu@asloristano.it

Data: 16/05/2016 8.53

A: Maria Teresa Deidda <maria.teresa.deidda@asloristano.it>

Buongiorno,

si comunica che l'offerta della Ditta BAXTER è conforme a quanto richiesto
cordiali saluti
Marisa Pirastu

----- Messaggio originale -----

Da: "Maria Teresa Deidda" <maria.teresa.deidda@asloristano.it>
A: "marisa pirastu" <marisa.pirastu@asloristano.it>, "farmacia territoriale" <safl.oristano@asloristano.it>
Cc: "rita zedda" <rita.zedda@asloristano.it>, "Fabiola Murgia" <fabiola.murgia@asloristano.it>
Inviato: Giovedì, 12 maggio 2016 18:11:38
Oggetto: Fwd: Risposta vs Prot. PG/2016/27789/MTD "Fornitura del servizio di nutrizione parenterale occorrente alla ASL 5 di Oristano - servizio sostitutivo"

Buonasera,

si trasmette per il parere di conformità tecnica dell'offerta presentata dalla Ditta Baxter indicata in oggetto.

Cordiali saluti

Teresa

----- Messaggio Inoltrato ----- Oggetto: Risposta vs Prot. PG/2016/27789/MTD "Fornitura del servizio di nutrizione parenterale occorrente alla ASL 5 di Oristano - servizio sostitutivo"
Data: Thu, 12 May 2016 08:51:05 +0000
Mittente: Italy SHS Bidsoffice <italy.bidsoffice@baxter.com>
A: <provveditorato@asloristano.it> <provveditorato@asloristano.it>, maria.teresa.deidda@asloristano.it <maria.teresa.deidda@asloristano.it>

Si invia in allegato offerta relativa a quanto indicato in oggetto.
Cordiali Saluti

Rachele Siciliani
Bid Office - Baxter S.p.A.
P.le dell'Industria 20 - 00144 Roma
06/32491919
Fax 06.32491341

FORNITURA SERVIZIO TERAPIA REIDRATANTE OCCORRENTE A UN PAZIENTE DEL DISTRETTO DI ORISTANO PER IL PERIODO DI 6 MESI

CODICE AREAS	QUANTITA'	CODICE DITTA	DESCRIZIONE	COSTO DEL SERVIZIO GIORNALIERO	TOTALE IVA ESCLUSA	IVA	IVA 4%	IMPORTO COMPLESSIVO
	180	LME9995	SERVIZIO DOMICILIARE COMPLETO REIDRATANTE (sacche ISOLYTE, kit di medicazione, set di infusione, assistenza tecnica)	€ 79,50	€ 14.310,00		€ 572,40	€ 14.882,40

Allegato n° 5 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 1 fogli.