



OGGETTO: Commissione Forniture Straordinarie non previste dal Nomenclatore Tariffario vigente o dal Prontuario Terapeutico Nazionale – Verbale del 06/06/2017.

- P r e m e s s o:

- Che con deliberazione n.X/4490 del 10/12/2015 la Giunta Regionale Lombarda, in attuazione della Legge Regionale 11/08/2015 n.23, ha disposto la costituzione con decorrenza 01/01/2016 dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) degli Spedali Civili di Brescia, con contestuale soppressione della preesistente Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia;

- C o n s i d e r a t o:

- Che la predetta normativa di riordino del sistema socio sanitario lombardo prevede che le funzioni di governo e controllo, oltre a quelle della prevenzione veterinaria e, in una prima fase transitoria, quelle della prevenzione medica, permangano in capo alle ATS e quelle erogative, in un'ottica di continuità fra ospedale e territorio e di non interruzione del percorso di cura del paziente, vengano esercitate dalle ASST;

- Che ai sensi dell'art.2 comma 8, lettera c) della citata L.R. n. 23/2015 la costituita ASST subentra nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alla soppressa Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia;

- Che con deliberazione n.2173 del 14/10/1998 l'allora ASL di Brescia aveva istituito una Commissione deputata alla valutazione delle forniture straordinarie di presidi non previsti nel Nomenclatore Tariffario di cui al Decreto Ministeriale 28/10/1992 o di farmaci non compresi nel Prontuario Terapeutico Nazionale;

- Che con successivi provvedimenti, da ultimo la deliberazione n. 291 del 12/06/2012, la soppressa ASL di Brescia aveva definito la composizione le modalità di funzionamento della Commissione stessa;

- Che con decreto n.173 del 16/03/2016 questa ASST istituiva la Commissione Forniture Straordinarie non previste dal Nomenclatore Tariffario vigente o dal Prontuario Terapeutico Nazionale, definendone la composizione, con componenti anche delle ASST del Garda e della Franciacorta e confermando, fino a definizione di nuova regolamentazione, le modalità operative vigenti come da protocollo operativo definito dall'ex ASL di Brescia, da ultimo, con deliberazione n. 291 del 12/06/2012;

- Visti i decreti n.314 dell'11/05/2016 e n.170 del 01/03/2017 che modificavano la composizione della Commissione di cui trattasi;

- Che detta Commissione, operante presso questa ASST, svolge attività, anche per i territori di competenza della ASST della Franciacorta e dell'ASST del Garda;

- Che la verifica dei requisiti a corredo dell'istanza presentata dall'assistito è curata e attestata dal Direttore del Presidio Territoriale competente che ne assume la

responsabilità e provvede al conseguente inoltro, unitamente alla documentazione a corredo della stessa, al Presidente della Commissione;

- Che la Commissione si è riunita in data 06/06/2017 per l'esame delle istanze trasmesse al Presidente dalla Rete Territoriale dell'ASST degli Spedali Civili nonché dei Territori delle ASST del Garda e della Franciacorta e che l'esito di tale esame risulta dal Verbale della seduta (Allegato "A", composto da n.3 pagine) parte integrante del presente provvedimento;

- Tenuto conto dell'istruttoria compiuta dalla Dott.a Lina FORESTI che, in qualità di Responsabile del procedimento, ne ha attestato la completezza;

- Nell'esercizio delle attribuzioni conferite dal Direttore Generale con deliberazione n.740 del 26/11/2003 dell'allora Azienda Ospedaliera, così come modificata con deliberazione n.932 del 30/12/2008, con decreto n.293 del 27/04/2016 e da ultimo con decreto n.597 del 03/08/2016, in attuazione dell'art.4, comma 2, del D.Lgs. 30/03/2001 n.165, e dato atto della regolarità tecnica e della legittimità del presente provvedimento;

- Il Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia

#### DETERMINA

a) di prendere atto dell'esito della seduta del 06/06/2007 della Commissione per le forniture in oggetto, così come risulta dal Verbale della seduta (Allegato "A", composto da n.3 pagine) parte integrante del presente provvedimento;

b) di disporre la trasmissione del presente provvedimento ai componenti della Commissione, alle Direzioni Generali delle ASST del Garda e della Franciacorta ed ai Direttori della Rete Territoriale di questa ASST per gli incumbenti conseguenti;

c) di demandare all'U.O.C. Approvvigionamenti ogni determinazione in ordine all'assunzione di spesa conseguente a provvedimenti di aggiudicazione da eseguirsi a norma di legge;

d) di demandare alle Direzioni delle competenti Reti Territoriali di questa ASST l'incombenza di richiedere all'U.O.C. Approvvigionamenti la fornitura dei farmaci/presidi autorizzati;

e) di disporre la trasmissione del presente provvedimento al Collegio Sindacale ai sensi dell'art.3-ter del D.Lgs. n.502/92 e s.m. e dell'art.12 comma 14 della L.R. n.33/2009, così come modificata dalla L.R. n.23/2015;

f) di pubblicare il presente provvedimento nell'Albo on line sul sito istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art.32 della legge n.69/2009, dell'art.17 comma 6 della L.R. n.33/2009, così come modificata dalla L.R. n.23/2015, con modalità conformi alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

~~~~~

≈≈

Il Direttore Amministrativo  
Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia

## VERBALE COMMISSIONE FORNITURE STRAORDINARIE DEL 06/06/2017

**Presenti:**  
 Dott.ssa Loretta Jacquot  
 Dott. Andrea Salvi  
 Dott.ssa Cinzia Pe  
 Dott. Fabio Marinoni  
 Dott.ssa Clara Lazzari  
 Dott.ssa Nadia Tognazzi  
 Dott. Antonio Licordari  
 Sig.ra M.Stefania Beruffi  
 Dott. ssa Ana Borsari  
 Dott.Lotti

Accertata la presenza del nr. legale dei componenti, la Commissione Forniture Straordinarie si è riunita in data odierna alle ore 10,00 presso la sede della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Brescia e, valutate le istanze trasmesse dai Presidi Territoriali competenti, ha assunto le seguenti decisioni:

| ASST DEGLI SPEDALI CIVILI |                    |                          |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                           |                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NUMERO PRATICA            | RETE TERRITORIALE  | PAZIENTE DATA DI NASCITA | PATOLOGIA                                                                                                 | ISTANZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AUTORIZZAZIONE S/NO | PERIODO AUTORIZZATO/QUANTITA' AUTORIZZATA | NOTE                                                                                                                                                                                         |
| 1H                        | Brescia Hinterland | OMISSIS                  | Esiti da ustione di liquido bollente per il 12% TBSA di grado superficiale e profondo                     | nr. 1 guaina compressiva torace-braccio 110,527<br>nr. 1 lamina di silicone medicale (20x30)                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                  | 1 fornitura                               | Autorizzato in urgenza il 28/04/2017 con nota prot. 0025825                                                                                                                                  |
| 2H                        | Brescia Hinterland | OMISSIS                  | Diabete mellito di tipo 1                                                                                 | nr. 12 cf. RO TCA3A DEXCOM G4 sensori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                  | 1 anno                                    |                                                                                                                                                                                              |
| 3H                        | Brescia Hinterland | OMISSIS                  | Diabete mellito di tipo 1                                                                                 | nr. 12 cf. RO TCA3A DEXCOM G4 sensori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                  | 1 anno                                    |                                                                                                                                                                                              |
| 4H                        | Brescia Hinterland | OMISSIS                  | Tetraplegia in esiti di trauma vertebro-midollare C6/C7, alvo e vescica neurologici                       | nr. 2 set completi Peristeen - irrigazione rettale<br>nr. 12 kit unità accessorie Peristeen                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                  | 1 anno                                    |                                                                                                                                                                                              |
| 5H                        | Brescia Hinterland | OMISSIS                  | Pseudo ostruzione intestinale e megavesica<br>MR R0040                                                    | nr. 100 siringa 60 ml con catetere<br>nr. 300 siringa 5 ml<br>nr. 20 raccordo sonda siringa<br>nr. 20 tappino con raccordo luer-lock<br>nr. 2 gel idroalcolico 500ml<br>nr. 2lt. Amuchina liquida<br>nr. 20 sonda rettale gomma rossa tipo nelaton CH 12 cm. 40<br>nr. 20 soluzione fisiologica 250 ml<br>nr. 20 gel lubrificante monodose<br>nr. 1 lt glicemia | SI                  | 1 anno                                    | Autorizzato in urgenza il 30/05/2017 con nota prot. 0032654                                                                                                                                  |
| 1C                        | Brescia Centro     | OMISSIS                  | Tetraplegia in esiti di trauma C5/C6, vescica ed alvo neurologici                                         | nr. 2 cf Peristeen Kit completo<br>nr. 12 cf. Peristeen unità accessorie                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                  | 1 anno                                    |                                                                                                                                                                                              |
| 2C                        | Brescia Centro     | OMISSIS                  | Protoporfria Eritropoietica<br>MR RCG110                                                                  | nr. 540 cps Carotaben 25 mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                           | Deve essere utilizzato il galenico, da ritirarsi presso farmacie territoriali presentando Piano Terapeutico e ricetta SSR                                                                    |
| 3C                        | Brescia Centro     | OMISSIS                  | Protoporfria Eritropoietica<br>MR RCG110                                                                  | nr. 720 cps Carotaben 25 mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                           | Deve essere utilizzato il galenico, da ritirarsi presso farmacie territoriali presentando Piano Terapeutico e ricetta SSR                                                                    |
| 4C                        | Brescia Centro     | OMISSIS                  | Dumping Syndrome                                                                                          | nr. 1 Glucometro FreeStyle Optium con disp. di puntura<br>nr. 87 cf da 25 strisce test glicemia<br>nr. 44 cf. da 50 lancette FreeStyle                                                                                                                                                                                                                          | SI                  | 1 anno                                    |                                                                                                                                                                                              |
| 1V                        | Valle Trompia      | OMISSIS                  | Cirrosi epatica secondaria a amiloidosi primitiva<br>MR RCG130                                            | nr. 730 buste/anno Aminoram buste                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                  | 9 mesi                                    | Concesso temporaneamente (3 mesi) in attesa di definizione del periodo richiesto con verbale del 13/12/2016. Autorizzato per periodo residuo di 9 mesi con nota prot. 0028712 del 12/05/2017 |
| 2V                        | Valle Trompia      | OMISSIS                  | Paraplegia flaccida post-traumatica, complicata da spondilodiscite recidivata, alvo e vescica neurologica | nr. 2 cf. Peristeen Kit completo<br>nr. 10 cf. Peristeen unità accessoria<br>nr. 10 cf. cateteri retali                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                  | 1 anno                                    |                                                                                                                                                                                              |

| NUMERO PRATICA                 | RETE TERRITORIALE | PAZIENTE DATA DI NASCITA | PATOLOGIA                                                                                                         | ISTANZA                                                                                                                                                         | AUTORIZZAZIONE SI/NO | PERIODO AUTORIZZATO/QUANTITA' AUTORIZZATA | NOTE                                                                      |
|--------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 3V                             | Valle Trompia     | OMISSIS                  | Encefalopatia epilettica gravemente farmacoresistente<br>MR RING100                                               | nr. 30 GlucoMen LX sensor<br>nr. 30 GlucoMen LX B-Ketone sensor<br>nr. 30 lancette pungidito<br>nr. 6 barattoli Ketokal 300 gr<br>nr. 1 cf. Lithosolv granulare | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| 4V                             | Valle Trompia     | OMISSIS                  | Ifitiosi<br>MR RING070                                                                                            | nr. 2 cf. Dexeryl crema gr. 500<br>nr. 4 cf. Ureacin 20 emulsione ml100<br>nr. 3 cf. Topyalise olio detergente baume ml 200                                     | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| <b>ASST DELLA FRANCIACORTA</b> |                   |                          |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                      |                                           |                                                                           |
| 1F                             | Orzinuovi         | OMISSIS                  | Diabete mellito di tipo 1<br>(diabete giovanile)                                                                  | nr. 52 sensori DEXCOM G4 Mod. Animas STS-GI-006                                                                                                                 | SI                   | 1 anno                                    | Autorizzato in urgenza l'11/04/2017 con nota prot. 0022554                |
| 2F                             | Chiari            | OMISSIS                  | Lissencefalia tipo 1<br>MR RN0050                                                                                 | nr. 1 apparecchio aspiratore Devilbiss<br>nr. 30/mese sondini CH8 e CH10                                                                                        | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| 3F                             | Chiari            | OMISSIS                  | Sindrome di Cri Du Chat<br>MR NR0670                                                                              | nr. 1 apparecchio aspiratore Devilbiss<br>nr. 20/mese sondini CH10 e CH12                                                                                       | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| 4F                             | Chiari            | OMISSIS                  | Mastocitosi sistemica<br>Malattia orfana                                                                          | nr. 60 cp/mese Ranidil 150 mg<br>nr. 120 bustine/mese Nalcrom 250 mg                                                                                            | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| 5F                             | Orzinuovi         | OMISSIS                  | Malattia Metabolica Ereditaria<br>Deficit Glicogeno Sintetasi MR RCG060<br>Diabete Mellito - Tiroide di Hashimoto | nr. 2 sensori/mese per misurazione glicemia                                                                                                                     | SOSPESO              |                                           | Richiesto per 1 anno e sospeso in attesa di relazione clinica             |
| 6F                             | Orzinuovi         | OMISSIS                  | Malattia Metabolica Ereditaria<br>Deficit Glicogeno Sintetasi MR RCG060<br>Diabete Mellito - Tiroide di Hashimoto | nr. 40 bustine/mese Glicosade                                                                                                                                   |                      |                                           | Si rimanda al Distretto Territoriale per competenza                       |
| 7F                             | Orzinuovi         | OMISSIS                  | Linfedema primario arti inferiori sx > dx già sottoposto a microchirurgia linfatica                               | nr. 3 coppie/anno di calze su misura<br>nr. 2 coppie/anno di calotta per piede con dita su misura<br>nr. 2 coppie/anno cavigliere tipo Arcus                    | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| <b>ASST DEL GARDA</b>          |                   |                          |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                      |                                           |                                                                           |
| 1G                             | Garda             | OMISSIS                  | Periaplegia in esiti di eversi cavernoma intramidollare (classe ASIA A) con alvo e vescica neurologici            | nr. 2 set completi Peristeen - set irrigazione<br>nr. 12 kit unità accessoria Peristeen                                                                         | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| 2G                             | Leno/Montichiari  | OMISSIS                  | Lichen scleroso atrofico genitale<br>MR RL0060                                                                    | nr. 3 cf Emutopi lipogel<br>nr. 3 cf Seraders crema                                                                                                             | SI                   | 1 anno                                    |                                                                           |
| 3G                             | Leno/Montichiari  | OMISSIS                  | Sindrome di Rett                                                                                                  | nr. 150 cps/mese Meclatomina retard 1mg                                                                                                                         | SI                   | 2 mesi                                    | Richiesto per 1 anno e concesso per 2 mesi in attesa di relazione clinica |

| NUMERO PRATICA | RETE TERRITORIALE | PAZIENTE DATA DI NASCITA | PATOLOGIA                                                                                                            | ISTANZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AUTORIZZAZIONE S/NO | PERIODO AUTORIZZATO/ QUANTITA' AUTORIZZATA | NOTE                                                                      |
|----------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 4G             | Desenzano         | OMISSIS                  | Reazione diffusa da trapianto di midollo contro l'ospite (aGVHD) su Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA) in remissione | nr. 40 pz./mese Cutimed Sorbact 4x 6 cm (Telmo a captazione batterica)<br>nr. 20 pz/mese Cutime Sorbact 10x10 cm (medicazione assorbente)<br>nr. 4 fl/mese Yea Spray<br>nr. 240 pz/mese compresse garza sterili 60x40 cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                  | 6 mesi                                     |                                                                           |
| 5G             | Desenzano         | OMISSIS                  | Malassorbimento postchirurgico                                                                                       | nr. 90 fl/mese Magnesio Pidolato (MagZ)<br>nr. 10 cp/mese Vitamina E (Ephynal300)<br>350 mg/die/15gg al mese Zinco Gluconato<br>nr. 30 cp/mese Trifib<br>nr. 1 fiala i.m./mese Vitamina B12<br>nr. 30 cp/mese Loperamide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                  | 1 anno                                     |                                                                           |
| 6G             | Leno/Montichiari  | OMISSIS                  | Albinismo                                                                                                            | nr. 8 fl Anthelios latte bambino 250 ml 50+                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI                  | 1 anno                                     | Richiesto per 6 mesi e concesso per 1 mese in attesa di relazione clinica |
| 7G             | Leno/Montichiari  | OMISSIS                  | Calcolosi renale recidivante da cistinuria                                                                           | nr. 2 fl/mese Lithos granulare<br>nr. 4 fl/mese Cetaphil detergente<br>nr. 900 pz/mese Jelonet garze 10x10<br>nr. 200 pz/mese lancette monouso sterili<br>nr. 1800 pz/mese garze sterili 10x10<br>nr. 2 Kg/mese garze non sterili<br>nr. 500 pz/mese benda orlata sterile 5x5<br>nr. 500 pz/mese benda orlata sterile 2x5<br>nr. 500 pz/mese benda orlata sterile 10x5<br>nr. 50 pz/mese guanti sterili monouso<br>nr. 75 metri/mese rete tubolare misura 4<br>nr. 25 metri/mese rete tubolare misura 6<br>nr. 25 metri/mese rete tubolare misura 7<br>nr. 75 metri/mese rete tubolare misura 8<br>nr. 50 pz/mese telmi sterili monouso | SI                  | 1 mese                                     |                                                                           |
| 8G             | Garda             | OMISSIS                  | Epidermolisi bollosa giunzionale<br>MR RN0570                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                  | 3 mesi                                     | Richiesto per 1 anno e concesso per 3 mesi in attesa di relazione clinica |

Il Presidente, verificata la disponibilità di tutti i componenti, convoca la Commissione, presso la medesima sede, alle ore **10.00 del 18/07/2017** per la valutazione delle istanze che i Presidi Territoriali competenti dovranno trasmettere solo ed esclusivamente alla mail [formiture.straordinarie@asst-spedalcivili.it](mailto:formiture.straordinarie@asst-spedalcivili.it), entro e non oltre l'11/07/2017.