



adottata dal Direttore Generale in data 18 LUG. 2012

**OGGETTO:** Oggetto : Fornitura per l'anno 2012-2013 di farmaci e presidi sanitari al paziente P.A. affetto da malattia rara.

Su Proposta del Direttore del Distretto socio-sanitario di Carbonia

- VISTO** Il DM 279/2001 sull' assistenza alla malattie rare e i relativi provvedimenti regionali.
- VISTA** la delibera n 800 del 3/10/11 di modifica della 566 del 02/08/2011 con la quale si autorizzava per il periodo agosto 2011-luglio 2012 il piano terapeutico e la fornitura dei presidi sanitari per il signor P.A. affetto da malattia rara cod.RN 550
- CONSIDERATO** che la delibera succitata dava mandato alla farmacia territoriale per la fornitura del materiale sanitario individuato nel piano terapeutico rilasciato da Centro di Riferimento di San Giovanni di Dio
- ATTESO CHE** è indispensabile ,vista la cronicità della malattia, garantire il trattamento clinico e l'adeguatezza del materiale necessario a tali cure
- VISTA** l'ulteriore documentazione e il nuovo piano di cura predisposto dal Centro di Cagliari in data 03/07/2012 , con cui sono stabilite le quantità indispensabili al P.A. in riferimento alle attuali condizioni cliniche
- APPURATO** che nel Piano Terapeutico vengono prescritti unicamente specialità medicinali, preparati galenici e presidi sanitari insostituibili per il trattamento della specifica patologia
- PRESO ATTO** che rispetto all'attuale fabbisogno è stata preventivata dalla Farmacia Territoriale una spesa annuale di € 2.835,42 iva esclusa .
- CONSIDERATO** che tale spesa è da ritenersi presuntiva rispetto a possibili variazioni nei prezzi delle aziende produttrici

**PROPONE**

Di sostituire con decorrenza agosto 2012 –luglio 2013 la precedente autorizzazione, come da nuovo Piano Terapeutico rilasciato dal Centro di Riferimento in data 03/07/2012 .

*il Direttore Generale*

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Direttore del Distretto socio-sanitario di Carbonia  
SENTITI il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario;



## **DELIBERA**

per i motivi esposti in premessa :

- Di aggiornare il piano di cura mensile del signor P.A da agosto 2012 a luglio 2013 in relazione al nuovo fabbisogno indicato dal Centro di Riferimento di Cagliari , e il relativo piano finanziario predisposto dalla farmacia territoriale ,allegati e parte integrante della presente;
- di incaricare il Servizio Farmaceutico Territoriale del Distretto di Carbonia alla consegna mensile di farmaci e presidi così come indicato dal prospetto allegato ;
- di far riferimento alla Farmacia Ospedaliera per la preparazione dell'Acqua D'Alibur ;
- di imputare la spesa di € 1207,92 sul piano dei conti 0501010801 Acquisti di presidi chirurgici e materiale sanitario, e € 1.627,50 sul piano dei conti 0501010101 Acquisti di prodotti farmaceutici, centro di costo codice 10810110 Erogazione farmaci malattie rare Carbonia.

*Il Direttore Generale*

*Dott. Maurizio Calamida*

*Il Direttore Amministrativo*  
*Dott. Claudio Ferri*



*Il Direttore Sanitario*  
*Dott. Franco Trincas*

*Resp. Serv. Proponente*

*Dott. Marco Vinicio Grussu*

*Ufficio/sett. \_\_\_\_\_*



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL n° 7 Carbonia

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI**

ATTESTA CHE LA DETERMINAZIONE  
N. 1048 DEL 18 LUG. 2012

È STATA PUBBLICATA

NELL'ALBO PRETORIO DELL'AZIENDA USL N. 7  
A PARTIRE DAL 19 LUG. 2012 - 2 AGO. 2012

RESTERÀ IN PUBBLICAZIONE PER 15 GIORNI CONSECUTIVI

ED È POSTA A DISPOSIZIONE PER LA CONSULTAZIONE



SERVIZIO AFFARI GENERALI

ALLEGATI N.:

DESTINATARI DELLA DETERMINAZIONE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLEGATO A DELLA DGR N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

ALLEGATO A2

**MALATTIE RARE**  
**SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI**

Cognome E Nome P. **A**

Numero Codice Fiscale

Età

Sesso

 M FASL di appartenenza dell'assistito 107 Provincia CIRegione <sup>(1)</sup> SARDEGNAMedico Curante <sup>(1)</sup> GEGE GIACOMINACodice Diagnosi NR0550

(Allegato n1 al decreto n.279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data 1983Da: Medico Specialista Dr/Prof. NICOLA ASTEPresidio della rete: SAN GIOVANNI DI DIO-CLINICA DERMATOLOGICA

Programma terapeutico

**CLINICA DERMATOLOGICA**  
Direttore: Dott.ssa Monica Pau  
U.O.S. - Ambulatorio di Dermatologia  
RESPONSABILE: Dott.ssa Monica Pau  
Via Ospedale, 46 - Cagliari - Tel. 070.6092397

Farmaco	Forma Farmaceutica	Posologia
Benda orlata 5x10	2 volte /die	20 rotoli/mese
Tinset cp	1 volta/die	1 scatola/ mese
Zantac 300mg	1 cp/ die	3 scatole ogni 2 mesi
Crema base	Crema	2 volte/die (5 kg/ mese)
Gentalyn beta	Crema	Due tubi/die (60 tubi/ mese)
Dermomicyn/Fucidin)	Crema	Due volte/die (50 tubi/ mese)
Acqua di Dalbour Debole	1 litro /mese	1 volta/die
Compresse di garza 18x40	---	2 volte/die (70 scatole/mese)

Durata prevista del trattamento <sup>(2)</sup> UN ANNO

Prima prescrizione: \_\_\_\_\_

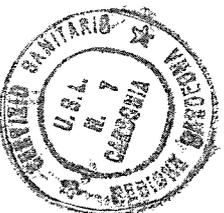
Prosecuzione della cura: Data 03/07/2012Timbro e firma del Medico prescrittore <sup>(3)</sup>

U.O. SAN GIOVANNI DI DIO  
CLINICA DERMATOLOGICA  
Dott.ssa Pau Monica

<sup>(1)</sup> Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta<sup>(2)</sup> Eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.<sup>(3)</sup> I dati indicativi Non oltre 1 anno. Per del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni

Timbro del Presidio della rete  
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
DI CAGLIARI  
**CLINICA DERMATOLOGICA**  
Direttore: Dott.ssa Monica Pau  
Tel. 070 . 609 2327

DISPOSITIVI MEDICI	QUANTITA ANNUA	COSTO UNITARIO IVA ESCLUSA	COSTO TOTALE IVA ESCLUSA	
Benda di garza oriata 5x10	240	0,1100	26,40	
Crema base	60	10,8000	648,00	
Compressse di garze sterili	10080	0,044	443,52	
			1.117,92	
<b>PREPARATO GALENICO</b>	<b>QUANTITA ANNUA</b>	<b>COSTO UNITARIO IVA ESCLUSA</b>	<b>COSTO TOTALE IVA ESCLUSA</b>	
Acqua d'albur	12	7,5	90,00	prodotto non preparato dalla farmacia ospedaliera. Si sta acquistando in cassa economale
			90,00	
<b>FARMACI</b>	<b>QUANTITA ANNUA</b>	<b>COSTO UNITARIO IVA ESCLUSA</b>	<b>COSTO TOTALE IVA ESCLUSA</b>	
Tinset cpr	390	0,0815	31,785	
Ranitidina 300 mg	380	0,1200	45,6	
Gentamicina/Betametasonone Teva	720	0,92794	668,12	
Dermomicyn crema	600	1,4700	882,00	
			1.627,50	
<b>Totale</b>			<b>2.835,42</b>	



*Handwritten signature*

16/07/2012