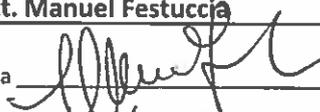
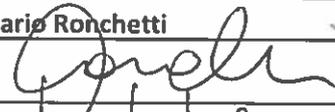
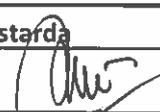


DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 117 Del 8.02.2018

Struttura proponente UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE		Proposta n.105 del 31/01/2018
OGGETTO	MODIFICA COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DI FORNITURA MICROINFUSORI, MATERIALE DI CONSUMO E SENSORI PER LA GLICEMIA DI CUI ALLA DEL. DG 365/2012. SOSTITUZIONE ALCUNI COMPONENTI E AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO AZIENDALE	
Centro di Costo		
Il Direttore e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.		Il Direttore e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto attestano che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico annuale
Estensore	Responsabile procedimento	
Firma	Firma	
Responsabile procedimento	Dirigente	
Firma	Firma	
Dirigente	Direttore UOC GEF	
Firma	Firma	
Direttore Struttura proponente		
Firma		
sottoconto	Importo	Anno di riferimento
		SI ATTESTA
		a) la correttezza dell'imputazione contabile indicata dalla struttura proponente
		b) di aver effettuato il trasferimento di budget sul sistema contabile
		c)
	
		Direttore UOC GEF
Parere del Direttore Amministrativo		Dott. Manuel Festuccia
FAVOREVOLE <input checked="" type="checkbox"/>		Firma 
NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>		Data <u>07/02/2018</u>
Con motivazioni allegate al presente atto <input type="checkbox"/>		
Parere del Direttore Sanitario		Dott. Mario Ronchetti
FAVOREVOLE <input checked="" type="checkbox"/>		Firma 
NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>		Data <u>7/2/18</u>
Con motivazioni allegate al presente atto <input type="checkbox"/>		
Il Direttore Generale		Dott. Narciso Mostarda
Data <u>07.02.2018</u>		Firma 

IL DIRETTORE U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE

VISTA la Determinazione n. 1312 del 10/10/2016 del Direttore UOC Affari Generali ed Istituzionali con la quale si è preso atto della nomina del Dott. Narciso Mostarda quale Direttore Generale dell'Azienda USL Roma 6 a decorrere dal 10/10/2016;

PREMESSO che la Legge n. 15 del 16/03/1987 "Disposizioni per la Prevenzione e cura del Diabete mellito" prevede all'art. 3 che le Regioni per il tramite delle Aziende USL, provvedano alla fornitura gratuita dei presidi sanitari diagnostici e terapeutici per la somministrazione di insulina, ai soggetti affetti da diabete mellito;

che con DGR Lazio n. 188 del 23/01/1990 la regione Lazio ha emanato "direttive di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei materiali e presidi erogabili dal servizio sanitario nazionale ai cittadini affetti da diabete mellito, ai sensi della legge n. 15 del 16/03/1987;

che con Determina n. G08900 del 03/08/2016 la Regione Lazio ha aggiornato le Linee prescrittive dei presidi di monitoraggio glicemico, prevedendo l'adozione di specifici modelli piano terapeutico (REGIONALI) per la prescrizione di apparecchiature e materiale di consumo specifico;

che con Determina n. G03049 del 14/03/2017 la Regione Lazio ha ulteriormente modificato ed integrato le Linee prescrittive dei presidi di monitoraggio glicemico, introducendo specifici tetti di spesa per l'acquisto e la rimborsabilità da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, di apparecchiature e materiale di consumo specifico;

DATO ATTO che con delibera del DG n. 365 del 07/05/2012 "Nomina Commissione di valutazione delle richieste di fornitura microinfusori, materiale consumo e sensori per glicemia di cui al regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 103 del 16/02/2012" è stata costituita, presso ASL RM6, una Commissione specifica per la valutazione delle richieste di fornitura di microinfusori e materiale di consumo specifico;

CONSIDERATA l'attribuzione del ruolo di dirigente esecutivo del contratto (DEC) di fornitura microinfusori e materiale di consumo alla Dott.ssa Simonetta Biondi e di Responsabile Unico del Procedimento (RUP) alla Dott.ssa Daniela Pacioni;

VALUTATA la necessità di garantire il regolare e continuativo svolgimento delle attività di valutazione delle richieste di fornitura che pervengono alla Azienda USL RM6, in occasione dell'assenza di componenti;

DATO ATTO che dall'adozione del presente atto non derivano oneri a carico del bilancio aziendale;

PROPONE

Per i motivi espressi in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati e, attestato che il presente provvedimento è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa, è utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/94 e s.m.

- di modificare la composizione della Commissione per la valutazione delle richieste di fornitura microinfusori e materiale di consumo, che, con l'introduzione di nuovi componenti, risulta essere così composta:

1. Dott.ssa Patrizia Di Mauro – Specialista Diabetologo (coordinatore)
2. Dott.ssa Donatella Bloise – Specialista Diabetologo (componente)
3. Dott. Paolo Falasca – Specialista Diabetologo (componente)
4. Dott.ssa Simonetta Biondi – Dirigente Farmacista territoriale con funzioni di DEC (componente)
5. Dott.ssa Pasqualina Mangiacapra – Dirigente Farmacista territoriale (supplente)

- di aggiornare il REGOLAMENTO AZIENDALE riguardante la fornitura di microinfusori, materiale di consumo e sensori, destinati agli assistiti residenti affetti da diabete mellito;
- di dare mandato alla UOC Affari Generali di notificare il presente atto ai componenti la Commissione, ai Direttori dei Distretti Sanitari per il successivo inoltro alle medicine legali e ai direttori sanitari dei poli ospedalieri per il successivo inoltro agli specialisti diabetologi;
- di pubblicare il presente atto ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 21/2012, sul sito informatico dell'Azienda, sezione Albo on-line

IL DIRETTORE GENERALE

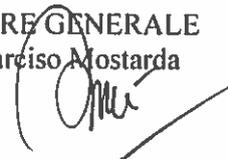
LETTA E VALUTATA la sopraesposta proposta di delibera presentata dal Direttore della U.O.C. in frontespizio indicata;

SENTITI il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario che esprimono parere favorevole all'adozione del presente atto

DELIBERA

- di approvare la proposta di deliberazione avente ad oggetto:
“Modifica composizione della Commissione di valutazione delle richieste di fornitura Microinfusori, materiale di consumo e sensori per la glicemia, di cui alla Delibera DG n. 365 del 07/05/2012. Sostituzione alcuni Componenti e Aggiornamento del Regolamento Aziendale”
- di dare mandato alla UOC Affari generali di notificare il presente atto ai componenti la Commissione, ai Direttori dei Distretti Sanitari per il successivo inoltro alle medicine legali e ai direttori sanitari dei poli ospedalieri per il successivo inoltro agli specialisti diabetologi;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4 del D.Lgs n° 267/2000
- di subordinare l'efficacia del presente atto al Direttore Generale Dott. Narciso Mostarda

DIRETTORE GENERALE
Dott. Narciso Mostarda



REGOLAMENTO PER LA FORNITURA MICROINFUSORI DI INSULINA, MATERIALE DI CONSUMO E SENSORI

La concessione di microinfusori a pazienti in trattamento insulinico deve rispondere al criterio di un possibile beneficio, sia di tipo fisico che psicologico, confermato da dati oggettivi di monitoraggio glicemico di laboratorio e di autocontrollo domiciliare.

1. PRESCRIZIONE

La richiesta/prescrizione (allegato 1), sia per microinfusore che per altri necessari dispositivi di monitoraggio, deve essere debitamente redatta dallo Specialista Diabetologo, su carta intestata dei centri specialistici individuati dal Decreto Regione Lazio U00581 del 14.12.2015, prendendo a modello gli appositi "form" predisposti allo scopo, allegati parte integrante della Determina Regionale G03049 del 14.03.2017. **Non verrà preso in considerazione il foglio, predisposto dalle ditte che commercializzano lo strumento, con la firma in calce del medico proponente.**

La prescrizione ha validità al massimo annuale.

2. AUTORIZZAZIONE

Le prescrizioni, in caso di primo accesso o/e in caso di minore, dovranno essere inviate direttamente alla Commissione Aziendale ASL RM 6 con PEC, all'indirizzo diabetologia.marino@pec.aslroma6.it, esclusivamente da parte del Centro Specialistico.

La Commissione valuterà la correttezza della documentazione pervenuta, la presenza degli elementi necessari al buon fine delle forniture ed esprimerà il proprio nulla osta alla concessione della fornitura. In caso di giudizio negativo provvederà, tramite PEC, a richiedere eventuali integrazioni/correzioni nella documentazione. Verrà comunque stilato un verbale (allegato 2) da inviare all'UO Ingegneria Clinica, per l'acquisto delle apparecchiature e alla UOC Farmacia Territoriale, per l'acquisto di materiale di consumo, sensori, trasmettitori e ricevitori).

E' necessario che le prescrizioni contengano alcuni elementi indispensabili (comunque presenti nei form), di seguito elencati:

- Indicazioni all'uso di microinfusore
- Tipologia di monitoraggio con sensore (utilizzo intermittente/continuativo), ove richiesto
- Valore della emoglobina glicata HbA1c
- Dichiarazione del Diabetologo della disponibilità al follow up
- Firma leggibile del diabetologo

I microinfusori restano di proprietà dell'AZIENDA USL ROMA 6, sono concessi in comodato d'uso per raggiungere l'obiettivo prefissato, in caso che questo non sia raggiunto, possono essere rimossi e restituiti alla ASL ROMA 6.

3. CONTRATTI DI ACQUISTO

La negoziazione dei prezzi e la stipula dei contratti è competenza della UOC Acquisizione Beni e Servizi (ABS).

Considerato:

- che la vendita alle Aziende sanitarie di microinfusori/ aventi le caratteristiche necessarie alla corretta gestione dei pazienti domiciliari, viene effettuata **in esclusiva** da cinque fornitori (Medtronic, Roche Diagnostic, Movi, Ypsomed, Theras);
- che le forniture oggetto del presente regolamento non risultano presenti in vetrina Consip;
- che i suddetti materiali vengono erogati in applicazione di disposizioni regionali;
- che l'obbligo di acquisire un determinato prodotto commerciale deriva dall'impossibilità per i farmacisti di sostituire specifici prodotti prescritti da medici di centri specialistici con prodotti analoghi e similari;
- che il Ministero della Salute – Dipartimento della Innovazione ha disposto che il materiale di consumo e dispositivi di ricambio delle apparecchiature elettromedicali devono essere originali, al fine di garantire la conformità del dispositivo attestata dalla marcatura CE;
- che la spesa per l'acquisto di detti materiali ha natura dinamica per l'ingresso non prevedibile di ulteriori pazienti in trattamento, per l'ingresso sul mercato di nuovi dispositivi medici tecnologicamente sempre più sofisticati e avanzati

la UOC ABS provvede formalmente all'aggiudicazione alle ditte indicate, mediante espletamento di gara ai sensi del D.Lgs n.50 del 18/04/2016 comma 2 lettera b punto 2, la fornitura oggetto di questo regolamento e ha previsto l'utilizzo, in corso di esecuzione contrattuale, dei listini con applicazione di uno sconto, per tutti quei prodotti al momento dell'aggiudica non previsti e non prevedibili, che debbono essere necessariamente erogati per la continuità terapeutica.

4. ACQUISTI/RESI/INTERVENTI TECNICI

La U.O. Ingegneria Clinica si farà carico di tutte le operazioni di ordine sulla base dei contratti di acquisto in essere, reso, sostituzione, richiami ed interventi tecnici riguardanti l'apparecchio microinfusore, che di volta in volta si potrebbero presentare, avendo cura di gestire un **archivio di tutte le apparecchiature acquistate**, con le indicazioni di seguito riportate:

- nome, cognome e codice fiscale dell'assistito;
- descrizione e nome commerciale apparecchio acquistato;
- fornitore;
- matricola dello strumento;
- data di acquisto
- scadenza della garanzia.

La U.O. Ingegneria Clinica, per conoscenza, invierà copia dell'ordine dei microinfusori alla Farmacia Territoriale. La ditta fornitrice del microinfusore recapiterà l'apparecchiatura al domicilio dell'assistito, quest'ultimo avrà cura di inviare alla Farmacia Territoriale, copia della bolla di consegna dell'apparecchio; questa, attestando l'avvenuta consegna, segnerà l'avvio delle forniture del materiale per la sua corretta gestione.

La sostituzione del microinfusore avviene ogni 4 anni, per fine della garanzia dell'apparecchio e malfunzionamento dichiarato dallo specialista.

Tutti gli interventi tecnici e le sostituzioni delle apparecchiature in garanzia, sono a carico del fornitore.

La UOC Farmacia Territoriale provvederà agli acquisti, sulla base dei contratti di acquisto in essere, degli specifici accessori, dei sensori, dei ricevitori e trasmettitori e si farà carico di tutte le operazioni di sostituzione, reso, richiami ed interventi tecnici sul materiale di competenza.

La somministrazione di insulina con microinfusore nei pazienti affetti da diabete mellito prevede la sostituzione del set di infusione, serbatoi, ove previsti, o altro *device* innovativo ogni 2-3 giorni, pertanto il fabbisogno annuale è fissato dalle Linee Guida Regionali, Determina G03049 del 14.03.2017, per il quale viene allegato al presente regolamento specifica tabella dei quantitativi annui concedibili (**allegato 3**).

Quantitativi di materiale di consumo superiori al tetto previsto dalle Linee Guida Regionali, potranno essere erogati, in via eccezionale, solo previa dichiarazione scritta riportante la motivazione e la specifica degli obiettivi a breve termine che si intendono raggiungere; tale richiesta dovrà essere valutata ed autorizzata dalla Commissione Aziendale.

Eventuali variazioni e/o integrazioni nelle tipologie o nei fabbisogni di dispositivi medici verranno sottoposte al giudizio della Commissione Aziendale.

Le forniture del materiale da parte della farmacia territoriale saranno necessariamente frazionate e avranno cadenza trimestrale/semestrale, e verranno consegnate direttamente al domicilio dell'assistito, mediante specifici corrieri nazionali.

Per tale servizio è necessaria l'acquisizione da parte di UOC Farmacia territoriale del consenso al trattamento dei propri dati sensibili ai sensi D.lgs 196/2003 e ss.mm. (**allegato 4**).

Le forniture in qualsiasi momento potranno essere frazionate ulteriormente (cadenza mensile/bimensile), qualora si rinvenga una carenza di fondi destinati agli acquisti, condizione che generalmente si verifica alla chiusura dell'esercizio anno solare per rispetto del budget assegnato. Di tale condizione verrà data tempestiva comunicazione alle Diabetologie, al Controllo di Gestione, alla UOC GEF e alla Direzione aziendale.

Il presente regolamento è stato redatto tenendo presente il "Documento di consenso sulla prescrizione e gestione della terapia con microinfusori della Regione Lazio redatto dalle società scientifiche di Diabetologia AMD/SID/SIEDP", ad integrazione delle Delibere Aziendali n. 103 del 16/02/2012, n. 365 del 07/05/2012, n. 401 del 22/05/2012.

Normativa di riferimento

- Legge 16/3/1987, n. 115 "Disposizione per la prevenzione e cura del Diabete Mellito"
- D.G.R. Lazio n. 188 del 23/1/1990 "Direttive per l'assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito: L. n. 115 del 16/3/1987".
- D.Lgs. n. 502/1992, "Riordino delle discipline in materia sanitaria"
- D.Lgs. n. 229/1999, "Norme per la Razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale"
- DCA U00581 del 14.12.2015 "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016 -2018"
- DET. G08900 03/8/2016 "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico"
- DET. G03049 14/3/2017 "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico – Integrazioni e modifiche"

Alla ASL RM6

Alla Struttura di Diabetologia di coordinamento o delegata

RICHIESTA PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____, via/piazza _____

tel. _____, Cod. Fiscale _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito tipo 1 , diabete mellito tipo 2 insorto nell'anno _____

attualmente in trattamento con terapia multiniettiva terapia con microinfusore dal _____

Si prescrive terapia con microinfusore

Si prescrive sostituzione microinfusore per mal funzionamento e fine garanzia

HbA1c attuale _____ (v.n. _____)

Barrare la principale indicazione all'uso del microinfusore (per la prima prescrizione):

Controllo glicemico inadeguato, malgrado terapia insulinica intensiva multiniettiva con analoghi dell'insulina (HbA1c >8.5%)

Ipoglicemie non avvertite/ notturne/ severe o riscontro all'autocontrollo glicemico di numerose ipoglicemie non severe

Estrema sensibilità insulinica (terapia insulinica <20 UI/die o < 0,4 U/kg)

Programmazione della gravidanza o gravidanza in atto

Necessità di flessibilità per lo stile di vita: tutte le condizioni in cui la tipologia di vita del paziente (lavoro a turni, frequenti viaggi, attività fisica non prevedibile) non consenta di raggiungere gli obiettivi metabolici con la terapia insulinica multiniettiva

Gastroparesi

Frequenza elevata di ospedalizzazioni o di visite ambulatoriali urgenti per episodi di scompenso acuto

Difficoltà ad accettare le iniezioni multiple (in età pediatrica)

Altro: _____

Si richiede la fornitura del microinfusore modello _____

(recapiti ditta) _____

- SI RITIENE NECESSARIO PER L'OTTIMIZZAZIONE METABOLICA UN SISTEMA INTEGRATO MICROINFUSORE-MONITORAGGIO CONTINUO DELLA GLICEMIA**
con utilizzo continuativo del monitoraggio al fine di permettere una correzione estemporanea dello schema terapeutico, basata su valori glicemici e loro "trend", con periodico riassetto dello schema terapeutico.

L' indicazione principale a tale utilizzo è

- Età pediatrica
- Donna diabetica in gravidanza
- Ipoglicemie frequenti o non avvertite, documentate

- SI RITIENE NECESSARIO PER L'OTTIMIZZAZIONE METABOLICA UN SISTEMA MICROINFUSORE-MONITORAGGIO CONTINUO DELLA GLICEMIA**
con utilizzo intermittente e conseguente adeguamento degli schemi terapeutici.

L' indicazione principale a tale utilizzo è

- Compenso metabolico non ottimale
- Presenza di ricorrente iperglicemia al risveglio
- Sospetto di ipoglicemie non avvertite
- Sospetto di gastroparesi

Si prescrive materiale di consumo per 3 mesi 6 mesi 12 mesi come di seguito riportato

Per quanto riguarda i sensori per il monitoraggio continuo della glicemia si suggerisce che il materiale venga erogato ogni 3 mesi per monitorarne la data di scadenza.

Si attesta che il/la paziente

1. **Ha dimostrato di essere idoneo alla terapia con microinfusore, in particolare :**

- Buona accettabilità della malattia e della terapia insulinica
- Aderenza all'autocontrollo glicemico (almeno 4 controlli al giorno)
- Buona educazione alla gestione della malattia
- Motivazione a modificare alcuni comportamenti dello stile di vita

2. **ha effettuato un periodo di prova di almeno due mesi (per la prima prescrizione).**

3. **ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo su**

- funzionamento del microinfusore ed alla gestione della terapia con microinfusore (impostazioni generali, cambio set, ricarica serbatoio, programmazione velocità basale, memoria boli, visualizzazione profilo basale, basali temporanee, profili alternativi);
- utilizzo dei boli prandiali (modalità bolo rapido, onda quadra, onda doppia)
- conteggio dei carboidrati ed alla corretta alimentazione

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow-up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con microinfusore, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

luogo e data _____

Firma del Paziente

Timbro e firma del Medico prescrittore

La richiesta risulta conforme a quanto previsto nel documento oggetto della determinazione della Regione Lazio n.B05079 del 6 agosto 2012

Timbro e firma del Referente Aziendale

Allegato n.2_ Check list per la documentazione necessaria per la concessione di microinfusori.

ASSISTITO DISTRETTO H _____

La documentazione pervenuta manca di:

1. richiesta su carta intestata alla ASL di appartenenza
2. dichiarazione di assunzione di responsabilità del diabetologo per quanto concerne:
 - i. istruzione del soggetto sulla gestione del microinfusore
 - ii. addestramento all'uso del microinfusore
 - iii. istruzioni sulla capacità di modificare l'infusione insulinica
3. dichiarazione del diabetologo di responsabilità e disponibilità del follow-up (incluso l'impegno a richiamare la persona in caso non torni spontaneamente)
4. giustificativo in caso si superi la quantità di materiale consumabile prevista dal regolamento aziendale e dalle linee d'indirizzo regionali
5. relazione clinica sullo stato generale del soggetto ed eventuali cautele/giustificazioni, in particolare l'insensibilità all'ipoglicemia e i dati di laboratorio

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Li,

DITTA - MOVI DEXCOM G4	descrizione	prezzo unitario con IVA 4%	confezionamento	durata	quantità annua erogabile	tezzo di spesa
	SENSORE DEXCOM G4	101,40 compreso nel costo	4 sensori	7 gg/continuo 15 gg/intermittente	49/continuo 10/intermittente	4.968,60
	TRASMETTITORE	microinfusore compreso nel costo	0	0	0	0,00
	RICEVITTORE	microinfusore	0	0	0	0,00
tezzo di spesa						4.968,60

DITTA - MEDTRONIC	descrizione	prezzo unitario con IVA 4%	confezionamento	durata	quantità annua erogabile	tetto di spesa
SENSORE MMT 7008	RICEVITORE		sistema integrato nel microinfusore			
	compreso nel costo microinfusore					
	TRASMETTITORE		1 trasmettitore	4 anni in garanzia	1 ogni 4 anni	0,00
	SENSORE MMT 7008B	83,20	1 sensore (min.acq.4 pezzi)	7 gg/continuo 15 gg/intermittente	60/continuo 10/intermittente	5.000,00
GUARDIAN CONNECT					tetto di spesa	5.000,00
	TRASMETTITORE	698,10		1 anno in garanzia		698,10
	RICEVITORE su smartphone no android	0,00			0	0,00
	SENSORE MMT 7008B	83,20	1 sensore (min.acq.4 pezzi)	7 gg/continuo 15 gg/intermittente	51	4.301,89
					tetto di spesa	4.999,99

DITTA-ROCHE DEXCOM G4	descrizione	prezzo unitario con IVA 4%	confezionamento	durata	quantità annua erogabile	tetto di spesa
	SENSORE DEXCOM G4	94,64	4 sensori	7gg/continuo 15/ gg intermittente	33/continuo 10/intermittente	3.208,60
	STARTER KIT	1.149,20	1 + 1 trasmettitore ricevitore	trasmettitore 6 mesi ricevitore 1 anno	1	1.149,20
	TRASMETTITORE	642,20	1 trasmettitore	6 mesi	1	642,20
					tetto di spesa	5.000,00
EVERSENSE						
	TRASMETTITORE	861,12	1 trasmettitore	1 anno	1	861,12
	KIT SENSORE	1.435,20	1 sensore 1 kit inserimento 3 cerotti trasparenti 3 conf. X 30 cerotti bianchi	3 mesi	3 kit + 1 omaggio	4.305,60
					tetto di spesa	5.166,72

DITTA - THERAS	DESCRIZIONE	prezzo unitario con IVA 4%	confezionamento	durata	quantità annua erogabile	tezzo di spesa
DEXCOM G5						
	RICEVITORE	624,00	1 ricevitore	12 mesi	1	624,00
	TRASMETTITORE	520,00	1 trasmettitore	3 mesi	4	2.080,00
	SENSORE DEXCOM G5	106,08	4 sensori	7 gg/continuo 15 gg/intermittente	21/continuo 10/intermittente	2.311,58
					tezzo di spesa	5.015,58
CON UTILIZZO SMART PHONE						
	TRASMETTITORE	520,00	1 trasmettitore	3 mesi	4	2.080,00
	SENSORE DEXCOM G5	106,08	4 sensori	7 gg/continuo 15 gg/intermittente	28/continuo 10/intermittente	2.990,40
					tezzo di spesa	5.070,40

Allegato 4 INFORMATIVA D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni - "Codice privacy"

Il D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce la tutela delle persone rispetto al trattamento dei propri dati. Ogni trattamento di informazioni personali collegato alla prestazione richiesta sarà quindi improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che:

- i propri dati personali e sanitari devono essere necessariamente acquisiti ai sensi di quanto disposto dalla vigente normativa in materia di assistenza sanitaria;
- il conferimento di tali dati è indispensabile ai fini della consegna a domicilio del materiale di consumo a corredo degli apparecchi microinfusori. La consegna avverrà a cura degli stessi fornitori tramite appositi corrieri nazionali (TNT, DHL, ecc..) con una propria linea di attività dedicata e specializzata.
- il trattamento dei dati personali e sensibili forniti avviene con logiche e modalità strettamente correlate alla finalità di erogazione della prestazione richiesta. In particolare, i dati:
 - sono utilizzati solo da personale autorizzato (dipendenti dell'Azienda ASL RM6 e personale delle aziende fornitrici e dei corrieri solo per il recapito del pacco) che non porterà alcuna indicazione circa la natura del contenuto.
 - vengono gestiti in modo manuale e informatizzato e conservati con la necessaria attenzione,
 - sono comunicati solo ai soggetti cui vanno trasmessi per obbligo di legge (Regione per finalità di programmazione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, Azienda Usl di residenza dell'assistito, se diversa),
 - non possono in alcun caso essere diffusi.

Titolare del trattamento è l'Azienda USL RM6, con sede in Via Borgo Garibaldi 12, 00040 – Albano laziale (RM), nella persona del suo legale rappresentante pro-tempore. Responsabile del trattamento è il servizio di Farmacia Territoriale, nella persona del dirigente responsabile, cui, in qualunque momento è possibile rivolgersi per conoscere come vengono trattati i propri dati, verificare se sono esatti, completi e aggiornati, ed esercitare gli altri diritti previsti dal Codice privacy (d.lgs 196/03, art 7).

Tutto ciò premesso

Il/la sottoscritto/a.....Nato/a il.....

per sè stesso

In qualità di genitore
 coniuge/convivente
 prossimo congiunto/familiare
 rappresentante legale
 responsabile della struttura ove dimora

dell'assistito/a.....Nato/a il.....

doc.identità (di chi esprime il consenso) n° (da allegare in copia)

rilasciato da.....in data.....

PRESTA IL CONSENSO

al trattamento dei dati sanitari con le modalità indicate nella informativa ai fini dell'erogazione della prestazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione o sospensione di terapia alle farmacie di riferimento nonché ogni variazione di residenza e/o domicilio.

L),

Firma di chi esprime il consenso



UOC AFFARI GENERALI ED ISTITUZIONALI

Si attesta che la Deliberazione n. 117 del 8.02.2018
è composta di n. 4 pagine, frontespizio e retro compresi e di n. 1 allegati.
La presente deliberazione è stata pubblicata sull'Albo Aziendale dal 8.02.18 al 23.02.18
Inviata al Collegio Sindacale in data 8.02.2018

IL FUNZIONARIO DELEGATO
Dott. M. M. ORCIUOLI


Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa amministrazione

Data _____

IL FUNZIONARIO DELEGATO
