



**Bambino Gesù**  
OSPEDALE PEDIATRICO

Dipartimento Pediatrie Specialistiche e trapianto fegato-rene  
Direttore Dr. Francesco Emma  
Unità Operativa Complessa di Fibrosi Cistica  
Responsabile Dott. Alessandro Fiocchi

Alla Spett.le ASL di appartenenza  
della paziente

Ai sensi dell'art.3 L.548 del 23/12/93 si certifica che la paziente \_\_\_\_\_, nata \_\_\_\_\_, affetta da Fibrosi Cistica necessita della fornitura della seguente apparecchiatura per la disinfezione dei dispositivi di aerosolterapia e fisioterapia respiratoria:

- **N. 1 sterilizzatore MAMAJOO, cod. MMJ2025 distribuito dalle Ditte Neupharma e/o Medigas.**

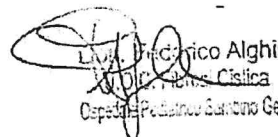
L'utilizzo di tale apparecchiatura è fondamentale affinché vengano rispettate rigorosamente le linee guida internazionali (vedi allegato) sulla prevenzione delle infezioni trasmissibili con l'utilizzo dei dispositivi per aerosolterapia e fisioterapia respiratoria, onde evitare la proliferazione di batteri che possano danneggiare il tessuto polmonare.

Tale apparecchiatura fornita dalle Ditte Neupharma e/o Medigas è indispensabile ed esclusiva.

Si allegano indicazioni da Linee Guida (Allegato 1)

Roma, 19 luglio 2022

Dott. Federico Alghisi

  
Dott. Federico Alghisi  
Unità Operativa Complessa  
di Fibrosi Cistica  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Piazza Sant'Onofrio, 4  
00165 Roma  
Tel. +39 06 6859 2045 Segreteria  
Fax +39 06 6859 4394 Segreteria  
Tel. +39 06 6859 2749 Day Hospital

Bambino Gesù  
Ospedale Pediatrico  
Istituto di Ricovero e Cura  
a Carattere Scientifico



e-mail: fibrosi.cistica@opbg.net

www.ospedalebambinogesu.it



Bambino Gesù  
OSPEDALE PEDIATRICO

Dipartimento Pediatriche Specialistiche e trapianto fegato-rene  
Direttore Dr. Francesco Emma  
Unità Operativa Complessa di Fibrosi Cistica  
Responsabile Dott. Alessandro Fiocchi

#### Allegato 1

In Fibrosi Cistica (FC) la terapia aerosolica svolta a domicilio è parte integrante del trattamento dei pazienti affetti da tale patologia. E' stato dimostrato da diversi studi che le ampole degli aerosol contaminate dai patogeni presenti nelle vie respiratorie dei pazienti con FC sono una potenziale fonte di reinfezione batterica<sup>1</sup>. Per ridurre la potenziale carica batterica presente sulle ampole aerosoliche e sugli altri dispositivi utilizzati per la fisioterapia respiratoria, la Fondazione Americana della Fibrosi Cistica (CF Foundation) raccomanda nelle Linee Guida per la prevenzione ed il controllo delle infezioni<sup>2</sup> i seguenti step da eseguire quotidianamente dopo ogni utilizzo:

- Pulizia delle diverse componenti con acqua calda e sapone per stoviglie
- Disinfezione tramite diversi metodi:
  - Metodi a caldo
    - Bollitura in acqua per 5' -> criticità: rischio di danneggiamento dei dispositivi
    - Microonde per 5' -> criticità: non sempre a disposizione dei pazienti
    - Lavastoviglie a temperatura  $\geq 70^{\circ}\text{C}$  -> criticità: costi elevati
    - Igienizzatore a vapore** -> metodo più economico e meno usurante per i dispositivi (Neupharma e Medigas uniche due ditte fornitrici)
  - Metodi a freddo
    - Immersione per 5' in alcool isopropilico 70%
    - Immersione per 30' in perossido di idrogeno al 3% -> per entrambe le metodiche rischio di lesioni mucosali se non viene effettuato un risciacquo adeguato
- Risciacquo con acqua sterile
- Asciugatura in aria ambiente

3. *Baby bottle steam sterilizers disinfect home nebulizers inoculated with bacterial respiratory pathogens* Towle D. et al Journal of Cystic Fibrosis 12(2013) 512-516
4. *Infection Prevention and Control Guideline for Cystic Fibrosis: 2013 Update on JSTOR*

Piazza Sant'Onofrio, 4  
00165 Roma  
Tel. +39 06 6859 2045 Segreteria  
Fax +39 06 6859 4394 Segreteria  
Tel. +39 06 6859 2749 Day Hospital

Bambino Gesù  
Ospedale Pediatrico  
Istituto di Ricovero e Cura  
a Carattere Scientifico



e-mail: fibrosi.cistica@opbg.net

www.ospedalebambinogesu.it



DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.

Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

### RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: PIATTAFORMA POLIAMBULATORIALE DISTRETTO 1

SEDE: RIETI VIALE MATTEUCCI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

#### 1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

.....  
 N° 1 STERILIZZATORE MAMA 500  
 .....  
 COD. MMS 2025  
 .....  
 DISTRIBUITO DA LE DITTE NEUPHARMA  
 e/o MEDIGAS  
 .....

**N.B.:** nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac – Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2015) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: .....

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO  SI  NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



**Motivazione della sostituzione:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:**

.....  
STERILIZZATORE  
.....  
COD MMJ 2025  
.....  
.....

**9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**10-L'APPARECCHIATURA RICHIESTA RICHIEDE / NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:**

.....  
.....

Data 08/08/.....

U.O.: DISTRETTO 1 PIATTAFORMA AMBUATORIA

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(in stampatello)

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(leggibile con timbro)

A.S.L. Rieti  
DISTRETTO 1  
Rieti Antrodoco S. Elpidio  
Il Direttore  
Dr. Antonio Boncompagni

**N.B.:** Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di appartenenza.