

## RELAZIONE DI SPECIFICITA'

Il Sottoscritto BATTISTINI FIORELLA

Responsabile del SERVIZIO FIBROSI CISTICA

In relazione alla richiesta di acquisto di:

- 1- NEBULIZZATORI PER VIE RESPIRATORIE ALTE E BASSE E RELATIVI ACCESSORI;
- 2 -DISPOSITIVI PER LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E RELATIVI ACCESSORI ;
- 3-APPARECCHI PER LA DISINFEZIONE .

**dichiara, sotto la propria responsabilità quanto segue:**

Si rende necessario realizzare il seguente bisogno clinico (descrivere dettagliatamente):

Questi presidi sono necessari alla fisioterapia drenante respiratoria (PEP sistem) ed alla terapia inalante (fluidificanti , antibiotici, ecc) delle alte e basse vie respiratorie in fibrosi cistica. Igienizzatori a vapore indispensabili per garantire una buona disinfezione degli apparecchi citati, in una patologia in cui il problema maggiore è quello infettivo.

**(scegliere opzione A o B)**

**A)** ☐ Si dichiara che il citato bisogno può essere soddisfatto esclusivamente dalle seguenti specifiche tecniche:

Le caratteristiche tecniche dei suddetti apparecchi soddisfano pienamente le necessità legate alla patologia: resistenza, praticità d'uso, accessori per bambini ed adulti di ogni età; qualità della nebulizzazione, possibile utilizzo con ogni farmaco

Con le specifiche tecniche suindicate nel mercato esiste esclusivamente il prodotto

- **il prodotto con le caratteristiche tecniche suindicate è l'unico** in grado di soddisfare i bisogni così come sopra descritti e non esistono soluzioni alternative ragionevoli sul mercato;

- **il suddetto prodotto:**

☐ è fabbricato dalla Ditta **PARI Specialist i effective inhalation**, Azienda specializzata nello studio, sviluppo e produzione di devices medici per la terapia respiratoria di altissima tecnologia.

ed è commercializzato dalla Ditta **NEUPHARMAN** Via Aldrovandi 6 IMOLA – distributore in Italia in via esclusiva in virtù di brevetto industriale o di concessione alla commercializzazione in esclusiva;

oppure,

☐ è commercializzato dalla/e Ditta/e \_\_\_\_ Ditta NEUPHARMAN \_Via Aldrovandi 6 IMOLA - distributore in Italia \_

Per i motivi enunciati il prodotto \_\_\_\_\_ rappresenta uno strumento esclusivo di (indicare i vantaggi clinici)


**B)** Facilità d'uso (compliance terapeutica); facilità di disinfezione (prevenzione delle infezioni); disponibilità di diverse misure quindi utilizzabili a qualsiasi età; possibilità di avere ricambi (risparmio economico); assoluta celerità nella consegna dei materiali; durata e garanzia dei prodotti. La "qualità" della nebulizzazione di mucolitici ed antibiotici è totalmente compatibile con la

malattia polmonare della fibrosi cistica ☐ Il bisogno sopra esposto è soddisfatto dal prodotto \_\_\_\_dalla serie completa dei presidi PARI\_\_\_\_ che è complementare con l'attrezzatura in dotazione e già di proprietà dell'Azienda USL, \_presidi già in uso in tutta Auslromagna \_ (indicare il tipo di attrezzatura (apparecchio, monitor, etc.) pertanto **insostituibile con altri prodotti simili**, non esistendo soluzioni alternative ragionevoli sul mercato;

- ☐ \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_ prodotto \_\_\_\_\_ dalla Ditta \_\_\_\_\_

ed è commercializzato dalla Ditta \_\_\_\_\_

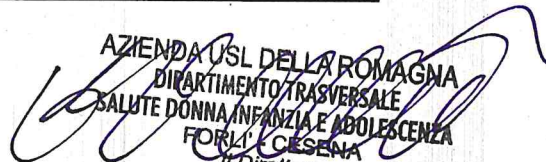
Data \_\_13/12/2021

  
Dott.ssa BATTISTINI FIORELLA  
C.F. BTT FLL 59M65 C573L  
Azienda USL di CESENA  
Presidio Ospedaliero Bufalini-Marconi-Angeloni  
SERVIZIO FIBROSI CISTICA  
Il Responsabile

IL DIRETTORE U.O. RICHIEDENTE

IL DIRETTORE di DIPARTIMENTO

---

  
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA  
DIPARTIMENTO TRASVERSALE  
SALUTE DONNA, INFANZIA E ADOLESCENZA  
FORLÌ - CESENA  
Il Direttore  
(Dr. Enrico Valletta)

  
Fiorella BATTISTINI FIORELLA  
C.F. 677 FLL 59M65 C573L  
Azienda USL di CESENA  
Presidio Ospedaliero Belfanti-Marconi-Angiolini  
SERVIZIO FIBROSI CISTICA  
Il Responsabile