



22/8/12

h

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Prot. N. 3983170

Oristano, 21.08.2012

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi  
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [REDACTED], prot. n° 47561 del 16.07.2012, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [REDACTED] allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [REDACTED]

- N° 1 Ventilatore presso-volumetrico tipo VSIII RES-MED, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 Maschere oro nasali full-face senza supporti frontali (full-face quattro FX) con valvola espir misura M;
- N° 2 filtri di ricambio;
- N° 3 circuito respiratorio;
- N° 6 filtri macchina;
- N° 1 Umidificatore attivo regolabile Hmidair 3;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -



AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
PRESIDIO DI MONSERRATO  
Struttura di Neurofisopatologia

Direttore: Prof. Francesco Marrosu

Centro per la diagnosi e cura dei Disturbi del Sonno

Centro accreditato A.I.M.S

Resp Dr.ssa Monica Puligheddu

Tel. 070 5109 6016 – 070 5109 6035

ASSISTENZA INTEGRATIVA

COGNOME e NOME ASSISTITO [REDACTED]

Codice regionale

codice fiscale [REDACTED]

Data e luogo di nascita: [REDACTED] Sesso [REDACTED]

ASL di appartenenza dell'assistito 105 .Provincia OR Regione...Sardegna.....

Medico Curante di libera scelta...

DIAGNOSI: [REDACTED]

Formulata in data Da: Medico Specialista

CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEL SONNO

PRESIDIO PROPOSTO:

DESCRIZIONE

601.11.01 ventilatore presso-volumetricometrico tipo VSIII tm  
maschera oronasale full-face senza supporti frontali ( full-face quattro FX) con valvola espir .Misura M  
quantità: 2  
filtri ricambio quantità:2  
Circuito respiratorio quantità:3  
Filtro macchina quantità:6  
Umidificatore attivo regolabile Humidair 3 quantità:1

Motivazione di scelta:

*il paziente presenta una grave sindrome ostruttiva notturna e malattia del motoneurone con iniziale componente restrittiva. Per tale motivo, data l'evoluitività della patologia dio base, si prescrive trattamento di supporto pressurometrico potenzialmente convertibile in modalità pressovolumetrica non-invasiva quando le condizioni cliniche lo richiedano.*

PROGRAMMA TERAPEUTICO (tempi di impiego parziale o totale -eventuali controlli- eventuali controindicazioni- significato terapeutico e riabilitativo): 1 anno

se trattasi di minore di anni 18: il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente? SI- NO  
data la patologia riscontrata il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le minoranze e malattie invalidanti di cui al DM 5.2.1992 N43.

11-07-12

Timbro e firma del medico prescrivitore

Timbro del Centro

AOU Cagliari - Presidio di Monserrato  
Centro Regionale per la diagnosi e cura  
dei disturbi del sonno  
Struttura di Neurofisiopatologia



Struttura di Neurofisiopatologia

Direttore: Prof. Francesco Marrosu

Oggetto: conferma relazione di scelta di prodotti unici per apparecchiature in dotazione.

Il sottoscritto prof Francesco Marrosu direttore della Clinica Neurologica della AOU  
Monserrato Cagliari,

dichiara sotto la propria personale responsabilità  
che i prodotti oggetti della richiesta del ventilatore pressovolumetrico

VSII RES\_MED

per il sig [REDACTED] di an. residente a [REDACTED] affetto da

[REDACTED]

sono gli unici e peraltro insostituibili a possedere i requisiti tecnici necessari per il  
trattamento della patologia in oggetto.

11-07-12

X Prof Francesco Marrosu



A.O.U. di Cagliari  
P.O. MONSERRATO  
SEZIONE NEUROLOGIA

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari  
P.O. Monserrato  
S.C. Neurologia  
Dr. Giuseppe Borghero

Allegato n° 2 alla determinazione Toe  
 Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 1 fogli

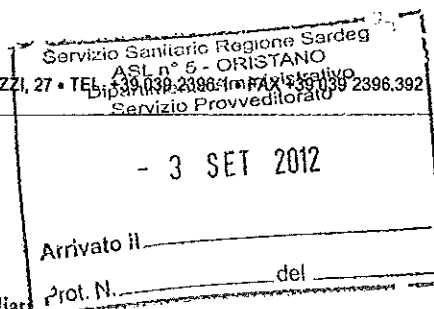
**VIVISOL SRL**  
 ASSISTENZA DOMICILIARE PER LA SALUTE E LA MOBILITÀ



Servizio Sanitario Regione Sardegna  
 ASL n° 5 - ORISTANO  
 20900 MONZA, VIA BORGAZZI, 27 • TEL. 070 247331 • FAX 070 2548199  
 Dipartimento di Diagnostica e Cura  
 Servizio Provveditorato



Centro Operativo di Cagliari  
 09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiareddu  
 Tel. 070 247331 - Fax 070 2548199  
 e-mail : a.girau@vivisol.it



Spettabile  
 Azienda U.S.L. 5 Oristano  
 Servizio Provveditorato  
 via Carducci, 5 – Oristano (OR)  
 c.a. dr.ssa Demurtas  
 c.a. sig.ra Faa Eleonora

Vs rif. prot. 55851

Ns rif. CAG/86044/12

Assemini 31/08/12

**OGGETTO: Offerta fornitura ventilatore VSIII Resmed.**

In riferimento alla Vs richiesta prot. 55851/E.F. del 31/08/12, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di comunicarVi la migliore offerta per quanto sotto descritto:

X22104	VS3014709	IDEA VS III - Ventilatore RESMED con borsa di trasporto	6.950,00
X22191	HC150AEE	UMIDIFICATORE RISCALDATO FISHER & PAYKEL HC150 con sensore ambiente	297,00
X23387	61710	MASCHERA MIRAGE 4 FX VENTED. SIZE MEDIUM	124,00 / cad
X20652	19211	FILTRO ANTIBATTERICO VIRALE GIBEK A CARICA ELETTRIST STD, C/PRESA x CAPNOGRAFO	2,50 / cad
X20767	191212-000180	TUBO SPIRALATO IN PVC 180 CM MISURA ADULTI	5,00 / cad
X25664	MOU015133	FILTRO ARIA ANTIPOLVERE PER VSIII - KIT 10 PZ	13,00

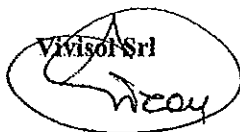
**Totale fornitura nelle q.tà da voi richieste 7528,00 + iva 4%**  
**Totale fornitura nelle q.tà da voi richieste 7829,12 + i.c.**

**Condizioni d'offerta:**

iva: a Vs carico nella misura di legge  
 validità: fino al 31/12/12  
 consegna: 15 gg d.r.o. installazione c/o domicilio paziente  
 trasporto: compreso

**Alleghiamo dichiarazione di esclusività**

In attesa di Vs riscontro alla presente con l'occasione porgiamo distinti saluti.



# RESMED

Adesago n° 3 alla data 02/01/2012  
 Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 1 fogli

Spett.le  
 Vivisol srl  
 Via Gerolamo Borgazzi, 27  
 20052 - Monza (MI)

Spett.le  
 Vivisol Calabria srl  
 Zona Industriale  
 89811 - Porto Salvo Di Vibo Valentia (VV)

Angera, 02 gennaio 2012

## Accordo di distribuzione in esclusiva tra ResMed e:

### Vivisol srl e Vivisol Calabria srl

Con la presente RESMED certifica che le Società VIVISOL srl e VIVISOL Calabria srl sono propri partner in esclusiva per la commercializzazione, distribuzione, servizio post-vendita e riparazione su tutto il territorio nazionale per i seguenti prodotti:

**Autoset CS2**  
**VPAP III - VPAP III ST - VPAP III ST-A**  
**VPAP III ST-A QuickNav**  
**VPAP IV S - VPAP IV ST**  
**Stellar 100 - Stellar 150**  
**VS Idea Integra - VS Idea Ultra**  
**VS III**  
**Elisee 150 - Elisee 250 - Elisee 350**

Questo accordo è valido fino al **31 dicembre 2012**, e potrà essere revisionato prima di tale data con la possibilità di rinnovo per un' ulteriore periodo con il consenso di entrambe le parti.

In fede,

**RESMED EPN LTD**  
**FILIALE ITALIANA**  
 VIALE CASTRO PRETORIO, 122  
 00185 ROMA  
 TEL. 0331.1694695 - FAX 0331.1694690  
 Cod. Fisc. e P.IVA n. 10544721003

**Dr. Venceslao Benanzio**  
 Regional Director  
 ResMed EPN Ltd. filiale italiana

RESMED EPN LTD, FILIALE ITALIANA (Sede Legale) • Viale Castro Pretorio, 122 • 00185 Roma (RM)  
 Numero di codice fiscale e di iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 10544721003 • REA RM 1238837 • Partita IVA IT 10544721003  
 RESMED EPN ITALY (Sede Operativa) • Via Soldani, 10 • 21021 Angera (VA) • Telefono 0331.169 46 95 • Fax 0331. 169 46 90  
[infoitaly@resmed.com](mailto:infoitaly@resmed.com)