

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5  
ORISTANO

8/11/12  
n

13/11/2012  
P.T.

Prot. N° 4089696

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 3 fogli

Oristano, li 26.10.2012

UFFICIO PROTESI-DISTRETTO

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

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 65630 del 12.10.2012, 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, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito [redacted]

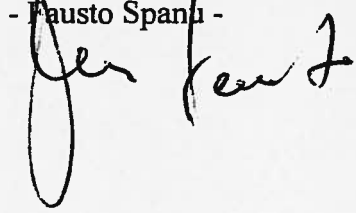
- Apparecchio di supporto alla tosse IN-EXSUFFLATOR, codice ISO 03.03.15;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO  
- Fausto Spanu -



Servizio Sanitario - Regione Sardegna  
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA**  
**Modello di Prescrizione Specialistica**

ASSISTITO

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ ETÀ: \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO**

Diagnosi clinica \_\_\_\_\_  
Valutazione del deficit  $> 33\%$   
Valutazione funzionale e abilità residue \_\_\_\_\_

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare ASSISTENZA ALLA TOSSE  
IN PAZIENTE CON RIFLESSO DELLA TOSSE ABOLITO

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto  
PREVENZIONE DELLE COMPLIANZE LEGATE ALL'IMPOSSIBILITA' DI  
MOBILIZZARE LE SECREZIONI BRONCHIALI

Tempi di impiego previsti \_\_\_\_\_

**PRESIDI PROPOSTI**

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
APPARECCHIO DI SUPPORTO ALLA TOSSE TIPO "III-EX SUFFIATORI"	601-11-01	* 03.03.15	1
<p><i>è stato adottato con ottimi risultati e buona compliance all'apparechio scelto</i></p> <p><u>RICONDUCEBILE PER OMOGENEITA' FUNZIONALE</u></p>			
			25-10-12

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è  guasto  rotto  usurato  
data dell'ultima fornitura \_\_\_\_\_ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo  
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio:  guasto  rotto  usurato  sostituzione componenti usurate  
 Altro \_\_\_\_\_  dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)  
 particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di minore di anni 18

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva  
 rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

### Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento di invalidità
- trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

ORISTANO 03-10-12

Azienda Sanitaria N. 1 Oristano  
Dott.ssa M. Gratta S.C. Iiv. U  
Specialista in Malattie  
dell'Apparato Respiratorio

### Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN.

**VIVISOL**

PRODUZIONE DI GAS MEDICALI E ASSISTENZA DOMICILIARE

Allegato n° 2 alla determinazione

Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Composto di n° 1 fogliSede Legale e Amm. 20052 MONZA (MI), VIA BORGAZZI, 27  
TEL +39 39 2396.1 - FAX +39 39 2396.392 - e-mail: INFO@VIVISOL.IT

Centro Operativo di Cagliari  
09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiareddu  
Tel. 070 247331 - Fax 070 247370  
e-mail : a.girau@vivisol.it

Spettabile  
Azienda U.S.L. 5 ORISTANO  
Servizio Provveditorato  
via Carducci, 35 Oristano

c.a. Eleonora Faa

Vs rif. .79747/E.F.

Ns rif CAG/86067/11

Assemini 07/12/11

**OGGETTO: Offerta fornitura presidi vari.**

In riferimento alla Vs richiesta prot. 79747/E.F. del 07/12/11, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di comunicarVi la migliore offerta per quanto sotto descritto:

**22380 Cough assist – In-Exsufflator****Euro 4280,00 + iva****22385 Kit completi di ricambio  
(maschera + filtro + tubo)****Euro 16,50 + iva / cad****La VIVISOL srl è fornitore esclusivo per l'Italia dei prodotti offerti.****Condizioni d'offerta:**

iva: a Vs carico nella misura di legge  
validità: fino al 31/12/11  
consegna: entro 5 gg d.r.o. , installazione, collaudo c/o domicilio paziente  
trasporto: compreso

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

Vivisol Srl  
*[Handwritten signature]*