

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

Prot. N° 4144785

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Oristano, li 26.11.2012  
Composto di n° 3 fogli

Faa  
28/11/12

*[Handwritten signature]*

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° 75358 del 20.11.2012, 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]*

- Ventilatore presso metrico autosestante con memori-card o sistema di trasferimento dati. codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschere oronasale tipo Full-Face mask con valvola espir misura M;
- N° 2 filtri di ricambio;
- N° 3 circuiti respiratori;
- N° 6 filtri macchina;
- N° 1 Umidificatore attivo regolabile;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- Dr. Antonio Delabona -

*[Handwritten signature of Dr. Antonio Delabona]*

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO  
- Fausto Spanu -

*[Handwritten signature of Fausto Spanu]*



**AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**  
PRESIDIO DI MONSERRATO

**Struttura di Neurofisopatologia**

**Centro per la diagnosi e cura dei Disturbi del Sonno**

Direttore: Prof. Francesco Marrosu

Tel. 070 5109 6016 – 070 5109 6035

**ASSISTENZA INTEGRATIVA**

ASSISTITO COGNOME e NOME [redacted]

Codice regionale [redacted] codice fiscale [redacted]  
Data e luogo di nascita [redacted] Sesso [redacted]

ASL di appartenenza dell'assistito [redacted] .Provincia Or Regione...Sardegna.....

Medico Curante di libera scelta Dr: Zucca Antonina.

DIAGNOSI: [redacted]

Formulata in data 6/10/2012 Da: Medico Specialista Dr.ssa G. Gioi

**1. CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEL SONNO**

**PRESIDIO PROPOSTO:**

**DESCRIZIONE**

- 1 601.11.01 ventilatore presso metrico autosestante con memory -card o sistema di trasferimento dati\*
- 2 maschera oronasale tipo e full face mask con valvola espir .Misura M quantità: 2
- 3 filtri ricambio quantità:2
- 4 Circuito respiratorio quantità:3
- 5 Filtro macchina quantità:6
- 6 Umidificatore attivo regolabile quantità:1

*\*Al fine di ottenere un adeguato follow-up del paziente e ridurre la necessita di ricoveri per monitoraggi cardiorespiratori di controllo gli apparecchi dovrebbero essere dotati dei seguenti sistemi di raccolta e trasferimento dati:*

- REGISTRAZIONE DATI PER 365 GG SULL'APPARECCHIO E/O 180 GG SU MEMORY CARD SOFTWARE PER LA MEMORIZZAZIONE, LA VISUALIZZAZIONE E LA STAMPA DEI DATI DI COMPLIANCE E DEI DATI DETTAGLIATI (PRESSIONE, PERDITE E INDICE APNEE/IPOPNEE DEL PAZIENTE) DEGLI ULTIMI 5 GG.
- POSSIBILITA' DI INTERFACCIAMENTO PER LA LETTURA E LA STAMPA DEI SEGUENTI DATI:
  - 1. PRESSIONE
  - 2. PERDITE
  - 3. VOLUME MINUTO
  - 4. FLATTENING
  - 5. RUSSAMENTO
  - 6. INDICE DELLE APNEE E IPOPNEE
  - 7. DURATA DEGLI EVENTI
  - 8. SATURIMETRIA
  - 9. FREQUENZA CARDIACA

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.

Data 31/10/2012

Timbro e firma del medico prescrittore

Timbro del Centro

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



AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
PRESIDIO DI MONSERRATO



**Struttura di Neurofisopatologia**

**Centro per la diagnosi e cura dei Disturbi del Sonno**

Direttore: Prof. Francesco Marrosu

Resp Dr.ssa Monica Puligheddu

Tel. 070 5109 6016 – 070 5109 6035

EMAIL: centrosonnoca@unica.it

Cagliari, 31 ottobre 2012

Sig.r 

visitato presso il centro di medicina del sonno per sospetta OSAS.

eseguita PSG ambulatoriale notturna con evidenza di condizione di OSAS severo (AHI:54h).

dopo periodo ( dal 16/10/2012 al 22/10/2012) di trattamento ventilatorio notturno pressurometrico tipo CPAP in modalità autosestante con apparecchio RESMED S9 si evince:

adeguato utilizzo della macchina per > 4 ore per notte per il periodo completo di monitoraggio

correzione ancora non ottimale del deficit ostruttivo con AHI residuo di 15/h in prevalenza ipopnee per valori pressori compresi 4-14 cmH2O

si conferma trattamento ventilatorio pressurometrico in modalità Cpap, controlli periodici per adeguamento pressioni ed ottimizzazione della correzione

si allega prescrizione presidi.

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

Dott.ssa G. Gioi

Dott.ssa M. Figorilli





MODELLO ALL. "A"PROSPETTO OFFERTA ECONOMICAOggetto: RIF. VS. RICHIESTA PREVENTIVO PROT. N. 7593 DEL 22.11.2012FORNITURA DI VENTILATORE CBAP 39 ELITE II COMPLETO DI CONSUMABILI**OFFERTA ECONOMICA**

Il sottoscritto [REDACTED] nato a [REDACTED] il [REDACTED]  
 residente a PER LA CARICA C/O in via [REDACTED] n. [REDACTED]  
 LA SEDE LEGALE  
 nella sua qualità di PROCURATORE E DIR. CARE E della ditta SABO LIFE SPA  
CUSTOMER CARE SANITA'  
 con sede legale in [REDACTED] C.F./P.IVA [REDACTED]

ai fini della partecipazione alla gara di cui in oggetto,

**DICHIARA**di aver considerato, nella formulazione della propria offerta economica, quanto richiesto per la partecipazione alla presente procedura di gara e pertanto di accettare incondizionatamente tutte le clausole previste da tutti gli atti di gara;**PRESENTA**

ai fini della partecipazione alla gara di cui in oggetto, la propria migliore offerta economica come sotto specificato:

Da compiersi a cura della DITTA

| PUNTO | DESCRIZIONE | QUANTITA' | PREZZO UNITARIO | PREZZO COMPLESSIVO               | ALIQUOTA IVA |
|-------|-------------|-----------|-----------------|----------------------------------|--------------|
|       |             |           |                 |                                  |              |
|       |             |           |                 |                                  |              |
|       |             |           |                 |                                  |              |
|       |             |           |                 | Prezzo totale al netto di I.V.A. |              |
|       |             |           |                 | I.V.A.                           |              |
|       |             |           |                 | Prezzo tot. I.V.A. compresa      |              |

VEDASI ALLEGATO

Per quanto riguarda la consegna, la Ditta s'impegna ad effettuarla (se non richiesto un termine direttamente dall'ASL) entro 2/15 giorni dal ricevimento dell'ordine e/o comunicazione di aggiudicazione.

Si precisano di seguito:

- Il tempo di validità dell'offerta TUTTO 12 2012
- eventuale minimo d'ordine: € 149,376

**SABO** s.r.l.  
 Direttore Generale Customer Care Sanità

\*IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
 (timbro e sottoscrizione in originale)

ASL 5 Oristano  
 Direttore del servizio  
 (D.ssa Maria Grazia Demurtas)

Via Carducci, 35  
 09170 Oristano  
 Tel 0783/17780 Fax 0783/73315  
 www.asl5oristano.it  
 E-mail: provveditorato@asl5oristano.it

ASL5Oristano  
 Pag. 3 di 3



**Spett.le**  
**ASL ORISTANO**  
 Via Carducci 35  
 09170 Oristano

Monza, 28 novembre 2012

VS. RIF Prot. 75983/E.P. del 22/11/2012  
 NS. RIF, VEN/CC/am  
 Prot. 206/12 del 28/11/2012

**Oggetto: Invito, mediante procedura negoziata, a presentare offerta per la fornitura di ventilatore CPAP S9 Elite II completo di consumabili per il primo utilizzo.**

### OFFERTA ECONOMICA

La **SAPIO LIFE S.R.L.** con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02006400960 – Agenzia delle Entrate – Uffici di Via Marini 25, Milano, già Registro Ditta R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, P.I. 02006400960 – Tel. 039.83981 – Fax 039.2026143 – e-mail: [sapiolife@sapio.it](mailto:sapiolife@sapio.it) – in persona del Direttore Gare e Customer Care Sanità, tale nominato con procura speciale n. Repertorio 82298 raccolta 29359 del 31/07/2012 di repertorio del notaio Alberto Paleari del distretto notarile di Milano, Sig. Claudio Colombo, nato a Magenta (MI) il 3/5/1960 e domiciliato per la carica presso la sede legale, con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto.

#### CONDIZIONI DI FORNITURA:

**Validità offerta:** fino a fine 2012.  
**Consegna :** 2/15 gg dal ricevimento dell'ordine

**Assicurazioni:** la scrivente Saplo Life S.r.l. risponde:

- per la Responsabilità Civile per i danni arrecati a Terzi, sia nella persona che a cose, da fatto proprio e/o delle persone addette a causa di installazione scorretta o di fornitura di impianti o apparecchiature difettose sia per cure ospedaliere che per ospedalizzazione domiciliare. La garanzia è prestata per risarcimenti fino a concorrenza di €. 20.000.000,00.= (ventimilioni/00) per ogni sinistro;
- per la Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro fino a concorrenza di €. 20.000.000,00 (ventimilioni/00) per ogni sinistro con il limite di €. 3.000.000,00= (tremilioni/00) per ogni persona sinistrata;
- per la responsabilità civile per danni provocati a terzi dai prodotti smerciati, per risarcimenti fino a concorrenza di €. 20.000.000,00.= (ventimilioni/00) per sinistro.

  
 SAPIO LIFE S.R.L.  
 Direttore Gare e Customer Care Sanità



### CONDIZIONI ECONOMICHE:

Si dichiara che il materiale offerto è certificato CEE e la classe di appartenenza di cui alla DIR CEE 93/42

| DESCRIZIONE   | Costo unitario | Costo Totale   | CND             | RDM             |
|---|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| N° 1 Ventilatore Cpap S9 Elite II con memoria compliance            | 607,00         | 607,00         | Z12030102       | 385953/R        |
| N° 1 Umidificatore dedicato H5I                                     | 147,00         | 147,00         | Z120301908      | 315682          |
| N° 4 maschera oronasale JOYCE Full Face Ventilata 40 HPA M completa | 80,60          | 322,40         | R030180         | 165038/R        |
| N° 4 Circuito Pvc 180   | 7,00           | 28,00          | Non disponibile | Non disponibile |
| N° 12 filtro macchina   | 2,50           | 30,00          | Non disponibile | Non disponibile |
| <b>TOTALE</b>   |                | <b>1134,40</b> |                 |                 |
| <b>TOTALE CON IVA 4%</b>  |                | <b>1179,77</b> |                 |                 |

In fede si sottoscrive


  
 Il Direttore Care e Customer Care SapiO

PROSPETTO DI AFFIDAMENTO VENTILATORE CPAP S9 ELITE II COMPLETO DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

**Ditta SAPIO LIFE**

| PUNTO | DESCRIZIONE  | QUANTITA' | PREZZO UNIT.  | TOTALE          |
|-------|--|-----------|---------------|-----------------|
| 1     | VENTILATORE CPAP S9 ELITE II CON MEMORIA COMPLIANCE            | 1         | € 607,00      | € 607,00        |
| 2     | UMIDIFICATORE DEDICATO HSI                                     | 1         | € 147,00      | € 147,00        |
| 2     | MASCHERA ORO NASALEJOYCE FULL FACE VENTILATA 40 HPA M COMPLETA | 2         | € 80,60       | € 161,20        |
| 3     | CIRCUITO PVC 180   | 3         | € 7,00        | € 21,00         |
| 4     | FILTRO MACCHINA  | 8         | € 2,50        | € 20,00         |
|       |  |           | TOT.          | € 956,20        |
|       |  |           | IVA 4%        | € 38,25         |
|       |  |           | <b>TOTALE</b> | <b>€ 994,45</b> |

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