

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

For
8/5/2014
FT

Prot. NP/2014/31468

Allegato n° 1 alla determinazione

Scr. Provveditorato N° _____ del _____

Composto di n° 4 fogli

Oristano, li 06.05.2014

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
- 7 MAG 2014
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 31468 del 06.05.2014, 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 polmonare pressometrico portatile "PURITAN BENNET 560", codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschera facciale tipo Joyce, non ventilata ditta Weinmann, taglia M, con calottina di supporto;
- N° 2 circuito monotubo provvisto di valvola espiatoria e di lettura prossimale;
- N° 12 filtri macchina;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

Fausto Spanu -

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~~ _____
Valutazione funzionale e abilità residue _____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare _____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto _____

Tempi di impiego previsti *S. con pompa ventilatoria con IPAP 14 - EPAP 5 durante la notte e per alcune ore / alcuni ore / le notti e il pompino + O₂ hp 1/turno.*

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
VENTILATORE PRESSOMETRICO PORTATILE PURITAN BENNET 560			1
CIRCUITO MONOTUBO PROVISTO DI VALVOLA ESPIRATORIA e DI LETTURA PRESSORILE			2
MASCHERA FACCIALE TIPO VOYSE di 1/2 VEINMANN TAGLIAM CON CALOTTINA DI SOSTEGNO			2
FILTRI MACCHINA			12

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

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 _____ dichiarato 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

24/03/14

Lo Specialista
A.S.L. 6 - Oristano
U.O. PNEUMOLOGIA
Dr. Maria Antonia GAMBINO

Note:

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

UNITA' SANITARIA LOCALE N° 5 -ORISTANO
Via Michele Pira n°48 – Tel.0783317555
U.O. di PNEUMOLOGIA
Direttore dott.Giuseppe Oppo

AL RESPONSABILE
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA SEDE
ASL 5 ORISTANO

OGGETTO: RICHIESTA VENTILATORE PURITAN BENNETT 560

In riferimento alla richiesta del ventilatore pressometrico portatile COVIDIEN PURITAN BENNETT 560, prescritto per [redacted] residente a [redacted] in via da [redacted] si precisa che il ventilatore in oggetto è risultato il più idoneo alle esigenze della paziente, permettendo di ottenere un ottimo controllo delle desaturazioni e dell'ipercapnia ed è stato ben tollerato. Inoltre questo tipo di presidio risulta essere adatto a compensare il difetto ventilatorio causato dalla patologia di base sia allo stato attuale che nella sua evoluzione.

Per i motivi sopredescritti si ritiene di prescrivere tale ventilatore verso il quale la paziente si è perfettamente adattata.

Si rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti e si porgono cordiali saluti.

ORISTANO li' 24.03 .2014

Il Medico
Maria Antonia Gammino
U.O. di PNEUMOLOGIA
ASL 5 ORISTANO
Marta Antonia Gammino

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

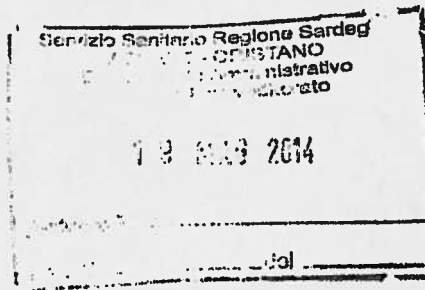
4
Prot. NP/2014/5249

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° del _____
Composto di n° 3 fogli

Foo
13/5/14
Oristano, li 15.05.2014

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° 34178 del 15.05.2014, 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 polmonare BILEVEL con smart-card, codice ISO 03.03.15;
- N° 1 umidificatore;
- N° 3 maschera full face Joyce non vented Weinmann con Wisper, mis. M;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

Fausto Spanu -
Fausto

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 _____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto
Uso del Ventilatore è finalizzato ad evitare l'impiego di
Trasf. Respiratorie durante il sonno e sue conseguenze
tempi di impiego previsti Metabolite e Control/vedere
Da usare durante la notte con compressori di
PRESIDI PROPOSTI IPAP 15 cm H₂O EPAP 6 cmH₂O

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore Bolebel con SMARTCARD. 601-11-01			1
Umidificatore			1
Maschera full face Joyce con Vented W.S.M.			3
Tubo secondo Weinmann + VHS per			3
Filtri antipolvere			12

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

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

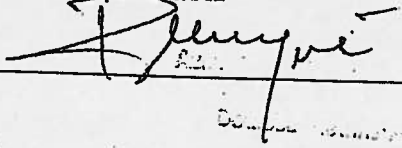
- invalido già riconosciuto (Invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
 - trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento 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

De - 13-05-14

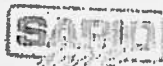
Lo Specialista



Donna Maria Teresa

note:

a presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN



Allegato n° 3 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 2 fogli

Spett.le
 AZIENDA USL N°5
 Via Carducci
 Oristano
 c.a. Dott.ssa Demurtas Maria Gesuina
 c.p. Sign.ssa Rosa Eleonora

Porto Torres 21/05/2014 Prot. 120gd12

Vs PG/2014/34976/EF del 10/05/2014

OGGETTO: respiratore polmonare PB 360 Covidien

La SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte
 Dintorni di Monza - Via Marsala n. 13. Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle
 Imprese di Milano 02006400960 - già Registro Ditte R.E.A. n. 1350457 dal 9/3/90, registro
 delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 - EMAIL g.diana@sapio.it,
 con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in
 oggetto

CONDIZIONI DI FORNITURA:

- **Prezzi:** 60 GG massima durata.
- **Validità offerta:** tutto il 2014
- **Consegna:** 1/15 gg dall'ordine presso vostri locali
- **Garanzia:** anni due



SAPIO LIFE S.R.L. - Via Silvio Pellico 48 - 20132 Monza (MI) - Tel. +39 039 2675408 - Fax +39 039 2675408
 Via Marsala 13 - 20132 Monza (MI) - Tel. +39 039 2675408 - Fax +39 039 2675408
 Via Carducci 1 - 09012 Oristano (OR) - Tel. +39 0783 400001 - Fax +39 0783 400002
 Monza - P.I. 02006400960 - R.E.A. di Monza e Brianza 1342621 - F.IVA 02006400960
 Monza - P.I. 02006400960 - R.E.A. di Monza e Brianza 1342621 - F.IVA 02006400960

PIÙ ALTI: Porto Torres via Alberto D'Aliberti 21 - Tel. +39 079 2675410 - Fax +39 079 2675408



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

DESCRIZIONE	NR	Costo unitario	Costo Totale	CND	RDM
Ventilatore Polidiamante PB 544 Coviflex	1	4367,50	4367,50	81203010180	375541/R
JOYCE Filtratore MV 40 FSA - Macchinari orologerie per ventilazione completa di fase in filtrato M.	2	82,50	165,00	803010105	365038
Circolo aria di D=220cm, L=125cm, con velocità max 50 per ventilatori monofase	3	23,26	46,32	802010101	316244
JOYCE Filtratore MV 40 FSA - Macchinari orologerie per ventilazione completa di fase in filtrato M.	13	82,50	247,50	1092010101	316244
Filtra macchinari	12	2,16	25,92	Non classificabile	Non disponibile
TOTALE			€ 5845,24		
TOTALE CON IVA (10%)			€ 6079,26		

In attesa di un Vostro gentile cenno di riscontro in merito, con l'occasione porghiamo i ns. più distinti
saluti

Diana Casagrande
Servizio commerciale

SAPIO LIFE S.p.A.
Via E. A. Matteotti 25/27/21, Tronco E | 07046 Porto Torres (SS)
Tel. +39 079 2675408 | Fax +39 079 2675408 | Cell +39 348 4058125
www.sapiolife.it
SAPIO LIFE è una società del Gruppo Sapia



SAPIO LIFE S.p.A. - Via E. A. Matteotti 25/27/21, Tronco E - 07046 Porto Torres (SS)
Tel. +39 079 2675408 | Fax +39 079 2675408 | Cell +39 348 4058125
www.sapiolife.it - P.IVA 02576403690
Cassa di Risparmio di Sassari - C.C. 0001 - Credito di Porto Torres

PI. 141/E - Porto Torres via Albano Diabertis 21 - Tel. +39 079 2675408 - Fax: +39 079 2675408

Ditta **SAPIO LIFE**

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA

punto	descrizione	quantità	CODICE	prezzo unitario	totale	PZ.
1	VENTILATORE BILEVEL DEVILBISS S DV55	1	SL99400055	831,60	831,60	
2	UMIDIFICATORE DVSHH	1	SL99400150	106,26	106,26	
3	SMART LINK MODULE	1	SL10903499	120,12	120,12	
4	MASCHERA ORO NASALE JOICE FULL FACE NV 40 HPA PER VENTILAZIONE, COMPLETA DI FASCE, NON VENTILATA ,MISURA M	3	/	82,50	247,50	
5	CIRCUITO PAZIENTE DA 180 CM. TELEFLEX IN PVC	3	SL10131110	4,50	13,50	
6	FILTRO ANTIPOLVERE	12	SL10903490	1,30	15,60	
			tot.		1334,58	
			I.V.A. 4%		53,38	
			TOTALE		1387,96	

punto	descrizione	quantità	CODICE	prezzo unitario	totale	PZ.
1	VENTILATORE POLMONARE PB 560 PURITAN BENNET - COVIDIEN	1	/	5362,50	5362,50	
4	MASCHERA ORO NASALE JOICE FULL FACE NV 40 HPA PER VENTILAZIONE, COMPLETA DI FASCE, NON VENTILATA ,MISURA M	2	/	82,50	165,00	
5	CIRCUITO ADULTI D=22 MM, L= 180 CM, CON VALVOLA, SENZA RC PER VENTILATORI MONOVIA PER PB 560	2	/	22,26	44,52	
6	FILTRO MACCHINA	12	/	2,16	25,92	
			tot.		5597,94	
			I.V.A. 4%		223,92	
			TOTALE		5821,86	

Allegato n° 4 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 2 fogli