

- 8 APR 2015

Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Allegato n° 1 alla determinazione

Serv. Provveditorato N° _____ del _____

Composto di n° 3 fogli



ASL Oristano

E For
glulis
De

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. n° NP/2015/3974

Oristano, 07.04.2015

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° 15535 del 09.03.2015, 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]

- N° 1 Ventilatore polmonare presso volumetrico con batteria modello "PURITAN BENNET 560 CONVIDIEN", codice ISO 03.03.15;
- N° 3 Maschera oronasale non ventilata per adulti misura M, Medisize;
- N° 12 filtri di ricambio dedicati per il ventilatore grigio/bianco;
- N° 3 monotubo corrugato dedicato con valvola espiatoria;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME [redacted] COGNOME [redacted] ETA': [redacted]
 Nato a [redacted] C.F. [redacted]
 Residente in [redacted] TELEF. [redacted]

ASL Cagliari
 P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. DI PNEUMOLOGIA
 RESPONSABILE
 Dott. Cesare Severino

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [redacted]

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

**IL PZ DEVE VENTILARE TUTTE LE NOTTI E AL POMERIGGIO ALLE PRESSIONI DI IPAP 16 CM H2O
 EPAP 5 CM H2O**

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
VENTILATORE PRESSO-VOLUMETRICO CON BATTERIA DURANTE LA DEGENZA E' STATA ADATTATA AL PURITAN BENNETT 560 COVIDIEN			1
MASCHERA ORO NASALE NON VENTILATA PER ADULTI MISURA M, MEDISIZE			3 PER ANNO
FILTRO DI RICAMBIO DEDICATI PER IL VENTILATORE GRIGIO/ BIANCO			12/ANNO
MONOTUBO CORRUGATO DEDICATO CON VALVOLA ESPIRATORIA			3 PER ANNO

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

U. se trattasi di fornitura che non ha 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 c 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 t 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

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

- istante in attesa di riconoscimento**

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA

AZIENDA USL N. 8 DI CAGLIARI
PRESIDIO OSPEDALIERO SS TRINITA UNITA' OPERATIVA DI PNEUMOLOGIA

 ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. DI PNEUMOLOGIA
RESPONSABILE
Dott. Cesare Severino

B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA

AZIENDA USL N. _____ DI _____
PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data 07/03/2015

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera
DOSSA MARIA ANTONIETTA TRONCI

Note: PRESCRIZIONE, VALIDA PER 12 MESI

 ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. DI PNEUMOLOGIA
Dott.ssa Maria Antonietta Tronci
Matr. 53889

Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 5 - ORISTANO
Dipartimento Amministrativo
Servizio Provveditorato

- 9 APR 2015

Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____



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

ASL Oristano

E. Foe
3/4/15
}

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2015/3978

Oristano, 07.04.2015

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° 22014 del 07.04.2015, 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 "CONVIDIEN PURITAN BENNET 560", codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschere facciali Ultra Mirage, Mis. M con calottina di supporto; AN, 1173890
- N° 3 circuito monotubo con valvola espiatoria;
- N° 12 filtri macchina;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

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 _____

Tempi di impiego previsti 12 h / DIE

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
VENTILATORE PRESSOMETRICO COMVIDIEM PURITAN BENNET 550	601.01.01		1
CIRCUITO MONOTUBO CON VALVOLA ESPIRATORIA			3
MASCHERA FACCIALE ULTRAMIRAGE MISURA M CON CALOTTINA DI SUPPORTO			3
FILTRI MACCHINA			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

AZIENDA IGIENISTICA ORISTANO
Dott.ssa Scartitu Maria Grazia
SPECIALISTA IN PNEUMOLOGIA

ORISTANO 24/03/15

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

Regione autonoma della Sardegna
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° 5 ORISTANO
Via Michele Pira n°38- Tel. 0783.317555
U.O. Di PNEUMOLOGIA
Direttore Dr. Giuseppe Oppo

Al Responsabile
Ufficio Assistenza Protesica
Oristano

Oggetto: Richiesta Ventilatore Puritan Bennet 560

In riferimento alla richiesta del ventilatore pressometrico portatile COVIDIEN PURITAN BENNET 560 richiesto per la sig. [REDACTED] nata a [REDACTED] e residente ad [REDACTED] si precisa che il ventilatore in oggetto è risultato idoneo alle esigenze cliniche della paziente affetta da Insufficienza Respiratoria Globale da grave cifoscoliosi e deformazione della gabbia toracica.

In particolare l'utilizzo del ventilatore ha permesso un buon controllo delle desaturazioni e della ipercapnia garantendo un buon risultato terapeutico. Inoltre la paziente ha presentato una ottima compliance e tollerabilità nei confronti della protesi ventilatoria utilizzata.

Per i motivi suddetti è ritenuto opportuno prescrivere il ventilatore in oggetto.

Restando a disposizione per ulteriori chiarimenti si porgono distinti saluti.

Oristano li 24.03.2015

Il Medico

Maria Grazia Schintu

AZIENDA USL N. 5 - ORISTANO
Dott.ssa Schintu Maria Grazia
SPECIALISTA IN PNEUMOLOGIA

ventilatore pressovolumetrico per l'assistita C.M.I.

Da : giuseppe oppo <giuseppe.oppo@asloristano.it> mar, 07 apr 2015, 12:33

Oggetto : ventilatore pressovolumetrico per l'assistita C.M.I.

A : Dott. Antonio Delabona
<antonio.delabona@asloristano.it>, fausto.spanu
<fausto.spanu@asloristano.it>

In relazione alla nota prot. NP/2015/2821 del 10 Marzo 2015, considerata la patologia di base della paziente (SLA) si ritiene di dover confermare la prescrizione del ventilatore PURITAN BENNETT 560 COVIDIEN al quale la paziente stessa si è adattata. Cordiali saluti.

--

Giuseppe Oppo



Allegato n° 4 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
epc Sig ra Faa Eleonora

Porto Torres 21 05 2014 Prot. 120gd12

Vs PG/2014/34976/EF del 20 05 2014

OGGETTO: respiratore polmonare PB 560 Covidien

La SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte Dirette 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. 1330457 dal 9/3/90, registro delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 – .E.MAIL g.diana@sapio.it, con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto.

CONDIZIONI DI FORNITURA:

- **Pagamento :** 60 GG rimessa diretta.
- **Validità offerta:** tutto il 2014
- **Consegna :** 2/15g dall' ordine presso vostri locali
- **Garanzia :** anni due



SAPIO LIFE Srl - SEDE LEGALE E UFFICI OPERATIVI: Via S. Pellico, 48 - 20052 Monza (MI)
Tel. +39 039 83981 - Fax +39 039 2026143 - www.grupposapio.it - sapiolife@sapio.it
CAP. SOC. € 30.641.000 I.V. - Cod. Fisc. e Iscritz. Reg. Imprese di Monza e Brianza 08604430158 - R.E.A. di Monza e Brianza 1249521 - P.IVA 02006400960
Casella Postale Monza 221 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Progefin Srl

FILIALE: Porto Torres via Alberto D'albertis 21 - Tel. +39 079 2675110 - 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 Polmonare PB 560 Covidien	1	5362,50	5362,50	Z1203010180	375541/R
JOYCE Full Face NV 40 HPA - Maschera oronasale per ventilazione completa di fasce non ventilata M.	2	82,50	165,00	R03010105	165038
Circuito adulti D=22mm, L=180cm, con valvola, senza RC per ventilatori monovia per PB560	2	22,26	44,52	R02010101	316244
JOYCE Full Face NV 40 HPA - Maschera oronasale per ventilazione completa di fasce Ventilata M.	3	82,50	247,50	R02010101	316244
Filtro macchina	12	2,16	25,92	Non disponibile	Non disponibile
TOTALE			€ 5845,44		
TOTALE CON IVA 4%			€ 6079,26		

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

Diana Gianmario
Servizio commerciale



SAPIO LIFE Srl
Via E. A. D'Albertis, 25/27 Z.I. Tronco B | 07046 Porto Torres (SS)
Tel. +39 079 2675110 | Fax +39 079 2675408 | Cell +39 348 4058125
www.grupposapio.it | g.diana@sapio.it
SAPIO LIFE è una società del Gruppo Sapio



Allegato n° 5 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
 epc Sig ra Faa Eleonora

Porto Torres 09 04 2015

Prot. 69gd15

OGGETTO: materiale per respiratore polmonare PB 560 Covidien

La SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte Dirette 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. 1330457 dal 9/3/90, registro delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 – .E.MAIL g.diana@sapio.it, con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto.

CONDIZIONI DI FORNITURA:

- **Pagamento :** 60 GG rimessa diretta.
- **Validità offerta:** tutto il 2015
- **Consegna :** 2/15g dall' ordine presso vostri locali
- **Garanzia :** anni due



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



SAPIO LIFE Srl - SEDE LEGALE E UFFICI OPERATIVI: Via S. Pellico, 48 - 20052 Monza (MI)
 Tel. +39 039 83981 - Fax +39 039 2026143 - www.grupposapio.it - sapiolife@sapio.it
 CAP. SOC. € 30.641.000 I.V. - Cod. Fisc. e Iscriz. Reg. Imprese di Monza e Brianza 06804430158 - R.E.A. di Monza e Brianza 1249521 - P.IVA 02006400960
 Casella Postale Monza 221 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Progefin Srl

FILIALE: Porto Torres via Alberto D'albertis 21 - Tel. +39 079 2675110 - Fax +39 079 2675408

DESCRIZIONE	NR	Costo unitario	Costo Totale
Machera facciale Ultra Mirage misura M, con calottina di supporto TIPO MEDISIZE	1	168,00	168,00
Machera facciale Ultra Mirage misura M, con calottina di supporto.	1	168,00	168,00
TOTALE			€ 336,00
TOTALE CON IVA 4%			€349,44

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

Diana Gianmario
Servizio commerciale

SAPIO LIFE Srl
Via E. A. D'Albertis, 25/27 Z.I. Tronco B | 07046 Porto Torres (SS)
Tel. +39 079 2675110 | Fax +39 079 2675408 | Cell +39 348 4058125
www.grupposapio.it | g.diana@sapio.it
SAPIO LIFE è una società del Gruppo Sapio



SAPIO LIFE Srl - SEDE LEGALE E UFFICI OPERATIVI: Via S. Pellico, 48 - 20052 Monza (MI)
Tel. +39 039 83981 - Fax +39 039 2026143 - www.grupposapio.it - sapiolife@sapio.it
CAP. SOC. € 30.841.000 I.V. - Cod. Fisc. e Iscriz. Reg. Imprese di Monza e Brianza 08804430158 - R.E.A. di Monza e Brianza 1249521 - P.IVA 02006400960
Casella Postale Monza 221 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Progefin Srl

FILIALE: Porto Torres via Alberto D'albertis 21 - Tel. +39 079 2675110 - Fax +39 079 2675408

PROSPETTO DI AFFIDAMENTO VENTILATORI PB 560 COMPLETI DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

Ditta SAPIO LIFE

PZ. C.M.I.							
VOCE	DESCRIZIONE	CND	RDM	codice areas	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE POLMONARE PB 560 COVIDIEN	Z1203010180	375541/R	1551477	1	€ 5.362,50	€ 5.362,50
2	FILTRO MACCHINA	/	/	1223227	12	€ 2,16	€ 25,92
3	CIRCUITO ADULTI D= 22 MM, L. 180 CM., CON VALVOLA, SENZA RC, PER VENTIL. PB560	R02010101	316244	1223188	3	€ 22,26	€ 66,78
TOT.							€ 5.455,20
IVA 4%							€ 218,21
TOTALE							€ 5.673,41

PZ. C.R.							
VOCE	DESCRIZIONE	CND	RDM	codice areas	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE POLMONARE PB 560 COVIDIEN	Z1203010180	375541/R	1551477	1	€ 5.362,50	€ 5.362,50
2	MASCHERA FACCIALE ULTRA MIRAGE MISURA M, CON CALOTTINA DI SUPPORTO	R03010105	/	1173890	3	€ 168,00	€ 504,00
3	FILTRO MACCHINA	/	/	1223227	12	€ 2,16	€ 25,92
4	CIRCUITO ADULTI D= 22 MM, L. 180 CM., CON VALVOLA, SENZA RC, PER VENTIL. PB560	R02010101	316244	1223188	3	€ 22,26	€ 66,78
TOT.							€ 5.959,20
IVA 4%							€ 238,37
TOTALE							€ 6.197,57