



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL 7 CARBONIA

Deliberazione n. 448/e

adottata dal Commissario Straordinario in data 20 MAR 2015

Oggetto: Noleggio inalatore I-NEB Ditta Vivisol Srl.

Su proposta del Direttore del Distretto di Iglesias

- premess** che a questo distretto è pervenuta la richiesta per l'acquisizione di un inalatore, commercializzato in "Service" esclusivamente dalla Ditta Vivisol, da destinarsi ad un assistito affetto da ipertensione polmonare in classe funzionale NYHA III.
- constatato** che la richiesta è accompagnata da specifica relazione di scelta del medico prescrittore del S.C. di Cardiologia e Angiologia dell'A.O.U. di Cagliari P.O. Monserrato, che dichiara che il dispositivo di cui sopra è unico a possedere le caratteristiche tecniche necessarie all'assistito;
- precisato** che trattasi di dispositivo medico necessario per particolari patologie previste dalle norme vigenti la cui acquisizione non può essere disattesa al fine di garantire l'assistenza sanitaria più adeguata ed evitare disagi al paziente;
- considerato** L'ufficio preposto ha proceduto con lettera prot. 1469/PG del 22/01/2015 a richiedere alla Ditta Vivisol, unica ditta che commercializza in "Service" detto dispositivo, un preventivo di spesa per il servizio di noleggio;
- preso atto** che la Ditta Vivisol in data 06/02/2015 rif. CSTVCA 86004-15 L.S. ha risposto alla richiesta di preventivo comunicando che l'inalatore I-NEB commercializzato esclusivamente in "Service" con il seguente costo:
Inalatore I-NEB – canone di noleggio mensile €. 650,00 IVA esclusa
Il Canone di noleggio comprende:
- Messa a disposizione c/o il domicilio del paz. di n.2 sistemi I-NEB completi di dischetti magnetici per dosaggio terapia e camere di nebulizzazione;
 - Installazione, istruzione e collaudo c/o domicilio paziente;
 - Assistenza tecnica Full Risk 24/24;
 - Ritiro apparecchiature al termine del periodo di utilizzo

PROPONE

- di noleggiare l'Inalatore I-NEB al costo del canone mensile di €. 650,00 + IVA 4% per un periodo di 1 anno;
- Di addebitare la spesa annuale ammontante ad €. 7.800,00 + IVA al 4% sul conto codice n. 0502020501 " Assistenza protesica Iglesias" del piano dei conti aziendali anno 2015, centro di rilevazione n. 10810203

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Responsabile del servizio medicina di base;

SENTITI il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario;

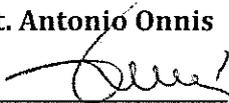
DELIBERA

per i motivi esposti in premessa:

- di noleggiare l'Inalatore I-NEB al costo del canone mensile di €. 650,00 + IVA 4% per un periodo di 1 anno;
- Di addebitare la spesa annuale ammontante ad €. 7.800,00 + IVA al 4% sul conto codice n. 0502020501 " Assistenza protesica Iglesias" del piano dei conti aziendali anno 2015, centro di rilevazione n. 10810203

Il Commissario Straordinario

Dott. Antonio Onnis



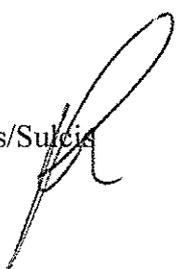
**Il Direttore Amministrativo
(Dott. Maria Fanni Pittau)**



**Il Direttore Sanitario
Dott. Silvio Magetti**



Il Direttore del D.S.S. di Iglesias/Sulcis



A



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Sanitaria n° 7 - Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione
n. 418/e del 20 MAR 2015
è stata pubblicata

nell'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7
a partire dal 23 MAR 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione
Archivio deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it

Servizio Affari Generali



Giuliano Pirelli

Prot. N° 1469/PG

Iglesias, 22 GENNAIO 2015

Macchiareddu

SPETT.LE DITTA
VIVISOL
4^ Strada, Z.I.
Grogastu n. 12
09032 - ASSEMINI (CA)
Tel: 070 247331
Fax: 070 2548199

247331

OGGETTO: RICHIESTA PREVENTIVO NEBULIZZATORE.

800 88 3506

Si invita Codesta Spett.Le Ditta a voler formulare, con cortese sollecitudine, e comunque entro il 03/02/2015 la migliore offerta per la fornitura di un nebulizzatore:

- **Inalatore Modello I-Neb.**

Caratteristiche:

1. Nebulizzatore ad ultrasuoni con tecnologia AAD System;
2. Completamente portatile;
3. Presenza di allarmi in caso di malfunzionamento;
4. Impostazione modalità di erogazione del farmaco mediante dischetti magnetici;
5. Dotato di batteria interna ricaricabile ioni di litio;
6. Rilascio del farmaco mediante vibrazione.

La suddetta offerta, indirizzate all'Azienda USL n° 7- Distretto socio sanitario Iglesias, dovranno pervenire al seguente numero di FAX: **0781/3922862**, **specificando la validità dell'offerta stessa.**

In attesa di un cortese riscontro, si porgono Distinti Saluti.



L'Assistente Amm.vo
(Sig.ra Marinella Carta)

Sede legale e amministrativa
Via Dalmazia n° 83 – 09013 Carbonia
Tel. 0781/6681
Fax 0781 6683506
e-mail : dir.generale@aslcarbonia.it
www.aslcarbonia.it

INDICARE I DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE :

Servizio _ASSISTENZA INTEGRATIVA
Via SAN LEONARDO,1
Città IGLESIAS
Tel. 0781/3922851
Fax 0781/3922851

VIVISOL SRL
ASSISTENZA DOMICILIARE PER LA SALUTE E LA MOBILITÀ



20900 MONZA, VIA BORGAZZI, 27 • TEL. +39 039 2396.1 • FAX +39 039 2396.392



CONFINDUSTRIA
PER LA SOSTENIBILITÀ

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

Spettabile
Azienda U.S.L. 7 Carbonia
Distretto sociosanitario
Iglesias
Servizio Assistenza Integrativa

Vs rif. .prot. 1469/PG

Ns rif. CSTVCA 86004-15 L.S.

Assemini 06/02/15

OGGETTO: Preventivo per noleggio inalatore I-NEB.

In riferimento alla Vs richiesta prot. 1469/PG del 22/01/15 Servizio Assistenza Integrativa, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl Vi informa che tale tipologia di apparecchi sono da noi commercializzati in "Service" ed è quindi lieta di proporVi la migliore offerta per quanto da Voi richiesto, formulata secondo un canone mensile:

Inalatore I-NEB – Canone di noleggio mensile
Cod. Vivisol 24237

euro 650,00/mese+ iva
(seicentocinquanta / 00)

II CANONE DI NOLEGGIO comprende:

- messa a disposizione c/o il domicilio del paziente di n. 2 sistemi I-NEB completi di dischetti magnetici per dosaggio terapia e camere di nebulizzazione
- installazione, istruzione, collaudo c/o domicilio paziente
- assistenza tecnica Full Risk 24h/24
- ritiro apparecchiature al termine del periodo di utilizzo

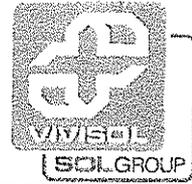
Condizioni d'offerta:

iva: a Vs carico nella misura di legge
validità: fino a revoca
consegna: entro 7 gg d.r.o.
trasporto: compreso
durata: canone mensile; periodo minimo tre mesi

N.B.: La Vivisol srl dichiara di essere esclusivista per l'Italia delle apparecchiature offerte.

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi chiarimento fosse necessario e con l'occasione porgiamo distinti saluti.

Vivisol Srl



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

Spettabile
Azienda U.S.L. 7 Carbonia
Distretto sociosanitario
Iglesias
Servizio Assistenza Integrativa

Vs rif. .prot. 1469/PG Ns rif. CSTVCA 86004-15 L.S. Assemini 06/02/15

OGGETTO: Preventivo per noleggio inalatore I-NEB.

In riferimento alla Vs richiesta prot. 1469/PG del 22/01/15 Servizio Assistenza Integrativa, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl Vi informa che tale tipologia di apparecchi sono da noi commercializzati in "Service" ed è quindi lieta di proporVi la migliore offerta per quanto da Voi richiesto, formulata secondo un canone mensile:

Inalatore I-NEB – Canone di noleggio mensile euro 650,00/mese+ iva
Cod. Vivisol 24237 (seicentocinquanta / 00)

IL CANONE DI NOLEGGIO comprende:

- messa a disposizione c/o il domicilio del paziente di n. 2 sistemi I-NEB completi di dischetti magnetici per dosaggio terapia e camere di nebulizzazione
- installazione, istruzione, collaudo c/o domicilio paziente
- assistenza tecnica Full Risk 24h/24
- ritiro apparecchiature al termine del periodo di utilizzo

Condizioni d'offerta:

iva: a Vs carico nella misura di legge
validità: fino a revoca
consegna: entro 7 gg d.r.o.
trasporto: compreso
durata: canone mensile; periodo minimo tre mesi

N.B.: La Vivisol srl dichiara di essere esclusivista per l'Italia delle apparecchiature offerte.

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi chiarimento fosse necessario e con l'occasione porgiamo distinti saluti.

Vivisol Srl



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

tel. 070520958 15
070 6956957

OGGETTO: Conferma Relazione di Scelta

Il Sottoscritto Christian Cadeddu Denalvi Dirigente Medico /Responsabile del reparto/servizio UCO CARDIOLOGIA - ADU CAGLIARI

_____, dichiara sotto la propria personale responsabilità che i presidi ,oggetto della richiesta n. _____ del 23-01-2015, sono unici, e peraltro insostituibili a possedere i requisiti tecnici ed il grado di perfezione necessari, così come descritti nell'allegata relazione, e sono fornibili unicamente dalla Ditta VIVI SOL S.R.L. per cui si attesta la privativa industriale, ai sensi del punto b) comma 3 dell'art. 57 del D. Lgs 163/2006.

Monerrato li 26/01/2015

IL DIRIGENTE MEDICO /IL RESPONSABILE

Dottor Christian Cadeddu (1)

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari (2)

P.O. Monserrato

S.C. Cardiologia e Angiologia

Dr. Christian Cadeddu Denalvi

SI CONVALIDA LA SUESTESA

RELAZIONE DI SCELTA

IL MEDICO PROPONENTE

Dottor Franco Baulzano (1)

Cesare Giovanni Bivig (2)



VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Dottor Marco Salsola

Allegati:

relazione di scelta

allegato 1

1) Nome e Cognome

2) Firma e timbro