

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N. 2258 DEL 22/08/2010

**OGGETTO: ACQUISTO DI PRESIDI E RELATIVO MATERIALE DI CONSUMO.
MEDICINA PROTESICA 52/2010**

L'anno duemiladieci il giorno Ventidue del mese di settembre

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2.

IL COMMISSARIO

Dottor Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Avv. Mario Giovanni Altana

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa M. Serena Fenu

PREMESSO QUANTO SEGUE:

considerato che questa Azienda ha rilasciato l'autorizzazione a favore del soggetto avente diritto alla fornitura di ausili atti a garantire il recupero funzionale;

PRESO ATTO

delle prescrizioni specialistiche di seguito dettagliate, agli atti di questo Servizio:

- Della S.C. Pediatria dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari per n. 1 nebulizzatore per aerosol terapia E Flow Rapid per il piccolo paziente **CG**;
- Della U.O. di ORL del P.O. di Tempio Pausania per n. 1 aspiratore, n.2 cannule tracheali shiley n.6 LPC. N.100 sondini per aspirazione endotracheale Delta flo K 60, n.2 reggicannula per il paziente **UM**;
- Del Poliambulatorio di Geriatria del P.O. di Tempio Pausania per n. 1 aspiratore portatile per distruzione, n.30 sondini per aspirazione per il paziente **FF**;

RITENUTO

opportuno provvedere all'acquisto di quanto sopra specificato mediante affidamento diretto ai sensi dell'art. 125 del D.Lgs 163/2006: l'importo è inferiore agli € 20.000 ;

VERIFICATO

che l'Azienda non può servirsi del sistema delle convenzioni CONSIP in quanto gli articoli oggetto del presente atto, non risultano inclusi in nessuna convenzione quadro attualmente in essere;

RILEVATO

che alla Ditta Sapio Life di Sassari è stato chiesto con nota prot. n. 47946 del 20/09/2010 di fornirci un preventivo di spesa e che la stessa ha formulato la sua offerta;

CONSIDERATO

che i dispositivi di che trattasi saranno erogati in base alla prescrizione rilasciata dagli specialisti del S.S.N. con il parere favorevole del Dirigente Medico addetto al Servizio di Riabilitazione del Distretto di Olbia e del Dirigente Medico del Distretto di tempio Pausania ;

RITENUTO

necessario ed urgente autorizzare l'acquisto degli ausili suddetti in quanto necessari al recupero funzionale dei pazienti ;

SU

conforme parere del Dirigente Amministrativo del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale;

Visti:

- La legge Regionale 01 agosto 1996 n. 34 integrata con DA.I.S. 28 gennaio 1997 n. 26;
- Il D.M.S. n.332/1999
- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
- la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;
- la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e s.m.i.
- il D.Lgs. 12 aprile 2006 n.163 e s.m.i.;
- Per i motivi sopra espressi

DELIBERA

- Di acquistare dalle ditta Sapio Life di Sassari di Sassari i dispositivi medici così come di seguito indicato:

| quantità | DESCRIZIONE | PREZZO | TOTALE netto iva | PAZIENTE |
|----------|---|----------|---------------------|----------|
| n. 1 | aspiratore a rete e batteria Suction Unit | € 353,00 | € 353,00 | FF |

| | | | | |
|--------|--------------------------------------|-----------|-----------|----|
| n. 30 | Sondino aspirazione | €. 0,60 | €. 18,00 | FF |
| n. 1 | Aspiratore a rete Askir 30 | €. 147,00 | €. 147,00 | UM |
| n. 2 | Cannula tracheostomica Schiely 6 LPC | €. 68,00 | €. 136,00 | UM |
| n. 100 | Sondino aspirazione | €. 0,60 | €. 60,00 | UM |
| n. 2 | Fascia reggicannula | €. 2,58 | €. 5,16 | UM |
| n. 1 | Nebulizzatore aerosol E- Flow Rapid | €. 800,00 | €. 800,00 | CG |

Per un Totale di €. 1.519,16 netto Iva + Iva al 4%= €. 1.579,93

-Di dare atto che l'importo complessivo della fornitura è pari ad. €. 1.579,93 Iva al 4% compresa e che graverà sulle spese correnti di bilancio.

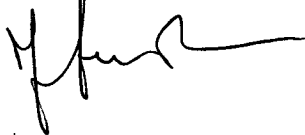
-Di provvedere alla liquidazione della fattura con Deliberazione del Commissario previo riscontro della regolarità delle forniture.

-Di trasmettere il presente provvedimento al Servizio Contabilità e Bilancio per i provvedimenti di competenza;

-Di Comunicare il presente atto all'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi dell'art. 29 c. 2 della Legge Regionale 28 Luglio 2006.

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE SANITARIO
(DOTT.SSA M. SERENA FENU)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(AVV. MARIO GIOVANNI ALTANA)



IL COMMISSARIO
(DOTT. GIOVANNI ANTONIO FADDA)



per il Servizio
F. Manconi
F. Nuonno
Proposta 619/2010



(luogo e data) Olbia ____/____/____.

La presente deliberazione:

... è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

... deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ (proponente/estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 27/09/2010, e che:

✓ è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

... con lettera in data ____/____/____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 27/09/2010.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

... è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

... è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

... è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali