

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 1756

DEL 27.06.2013

OGGETTO: FORNITURA DISPOSITIVI MEDICI MONOUSO PER CHIRURGIA NON PRESENTI NEL MEPA .-

L'anno duemilatredici il giorno venti sette del mese di luglio

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dottor Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gianfranco Casu

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

SU

Proposta del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale

PREMESSO

che il Responsabile della Farmacia Ospedaliera con lettera Prot. NP/2013/3496 del 2.04.2013 chiede l'acquisto di dispositivi medici monouso non presenti nel mercato elettronico della Pubblica Amministrazione, i prodotti in questione non sono disponibili presso la Farmacia Ospedaliera e non sono inseriti nelle gare in essere; la richiesta è corredata della documentazione, che si allega alla presente, con cui il Dirigente Medico dell' U.O. di Chirurgia motiva la scelta della ditta fornitrice e dei dispositivi in parola;

DATO ATTO

che la legislazione vigente obbliga le amministrazioni pubbliche tenute al rispetto della normativa in materia di contratti pubblici di aderire, ove esistenti, alle convenzioni Consip, nel rispetto dei principi di tutela della concorrenza e di avvalersi, tra l'altro, del mercato elettronico CONSIP per l'acquisto di beni vari;

VERIFICATO

che nella vetrina del mercato elettronico non sono presenti i dispositivi medici monouso di cui alla richiesta citata in premessa;

DATO ATTO

che così come espressamente indicato dal Responsabile del Servizio Farmaceutico il materiale più sopra richiesto può essere acquistato dalla Ditta Teleflex di Varedo: l'impresa, contattata, ha formulato la propria offerta, agli atti del Servizio Provveditorato;

CONSIDERATO

che la spesa presunta per l'acquisto complessivo del materiale in parola è pari a € 930,00 netto I.V.A.; è possibile il ricorso all'acquisizione in economia, ai sensi dell'art. 125 comma 11 del D.Lgs. 12 aprile 2006 n.163;

RITENUTO

opportuno procedere urgentemente all'acquisto del materiale suddetto per far fronte alle esigenze della Farmacia Ospedaliera;

VISTI:

- il D. Lgs. 163/2006 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;
- la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni.

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa

- Di autorizzare l'acquisto di "dispositivi medici monouso per chirurgia," dalla ditta e con le modalità di seguito riportate:

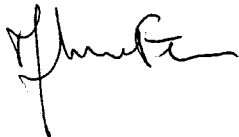
**DITTA TELEFLEX MEDICAL VIA TORINO 5 20814 VAREDO MB TELEF. 0362-5890250-FAX 0362-543179 -
donatella.fascia@teleflex.com**

CND	N. REPERTORIO	Descrizione	DITTA PRODUTTRICE	Codice prodotto	U.M.	QUANTITA' /ANNO	PREZZO UNITARIO IN CIFRE	TOTALE NETTO I.V.A.
U040302	17506/R	CATETERE PER URETEROCUTANEOSTOMIA 3,5 MM STERILE	TELEFLEX MEDICAL IRLANDA	850270	N.	30	€ 31,00	€ 930,00
							I.V.A. 21%	€ 195,30
TOTALE I.V.A. INCLUSA								€ 1.125,30

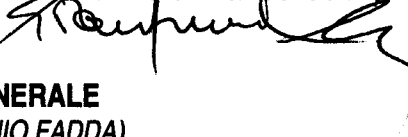
- di dare atto che la spesa di cui sopra pari complessivamente ad € 1.125,30 I.V.A. inclusa (€930,00 + I.V.A. 21% € 195,30)graverà sul conto n. 0501010801 avente ad oggetto " Acquisto di presidi chirurgici e materiale sanitario";
- di trasmettere il presente provvedimento all'Area Programmazione Controllo Committenza e al Servizio Contabilità e Bilancio per i provvedimenti di competenza;
- di provvedere alla liquidazione delle fatture con deliberazione del Direttore Generale, previo controllo della regolarità delle forniture;
- di comunicare il presente atto all'Assessorato regionale dell'Igiene e sanità e dell'assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della legge regionale 28 luglio 2006, n.10.

Letto, confermato e sottoscritto

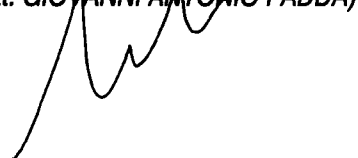
IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Maria Serena Fenu)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Gianfranco Casu)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. GIOVANNI ANTONIO FADDA)



per il Servizio Provveditorato
F.M./mmr *mmr*

Proposta n 424 DEL 23/05/2013

Depositata in Direz. Amm.va in data 23/05/2013

Ri-depositata in data 24/06/2013



(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 28/09/2013 e che:

X 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, 28/06/2013.

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

Prot. n° 491/2013/3476

Olbia 02/04/2013

Al Direttore Servizio Provveditorato
sede

Oggetto: Acquisto dispositivi medici monouso non presenti nel MePa.

Si richiede l'acquisto dei dispositivi medici monouso riepilogati in allegato a precisando che:

- Per il DM 1 aggiudicato con delibera 1170 del 2008, la ditta Manta ha comunicato l'indisponibilità a proseguire la fornitura e la stessa è stata richiesta alla ditta Te.s.med come unico distributore del DM prodotto dalla ditta Burke & Burke (allegato b)
- Per il DM 2 aggiudicato delibera 489 del 2004, la ditta Medical ha comunicato l'indisponibilità a proseguire la fornitura (allegato c).
- I DM 2, 3, 4, 5, 6 sono stati indicati in dichiarazione di scelta dai rispettivi Direttori delle uu.oo. richiedenti.
- Per il DM 7 si chiede di passare al 2° aggiudicatario della delibera 538 del 2006 per il lotto 61 in quanto la ditta Medical ha comunicato l'indisponibilità a proseguire la fornitura.

Si riporta il quantitativo stimato per un anno, il prezzo unitario indicativo e la ditta fornitrice, poiché la ricerca degli stessi o di similari nel mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni si è rivelata infruttuosa.

Distinti saluti

Il Resp. S.S.Az di Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Caterina Bucciero



DS



D.M. NON PRESENTI IN MEPA (allegato a)

1	TE S MED	Z1203010565	a	Sensore di flusso monopaziente per il ventilatore Galileo, in dotazione per posizione subglottidica	H4291837	Conf. 10 pz	150	46,00	6.900,00	mercato rinnovo della Merablaite unico fornitore prodotto
	TE S MED	Z1203010565	b	Sensore di flusso monopaziente per il ventilatore Galileo, in dotazione per rinnovo	H41155500	Conf. 10 pz	20	54,00	1.080,00	
2	GAMED	A019003		Aggi per alcolizzazione da 22 G e lunghezza cm 20 ca, con punta chiusa e for laterali, monouso, sterile	Z220041220	N	20	19,90	398,00	mercato rinnovo della Medicard D.S. CHIRURGIA OLBA
3	COOK	LU088		Set pellicino per impiantamento	J-SOS-100500	N	10	400,00	4.000,00	D.D.S. OSTETRICA OLBA E TEMPO
4	TELEFLEX	LU04002		Cateteri per ureterocaterizzazione 3,5 mm, sterile	662270	N	30	31,00	930,00	D.D.S. CHIRURGIA OLBA
5	PRODFARM	P060201		Prodotti ad espansione in chirurgia oncologica ricostruttiva della mammella	324-1205	N	1	1.630,00	1.630,00	D.D.S. CHIRURGIA OLBA
				Manipolatore uterino Romet II per chirurgia ginecologica laparoscopica composto di	601841-600	N	1	4.200,00	4.200,00	
			a	Manipolatore di cervico con sterili per la selezione accurata della miniera lab- efficienti basati sull'analisi di ogni paziente	6040C-ster	N	1	300,00	300,00	
			b	Coviglie monouso sterili per cateteri ed inserimenti ginecologici di diverse misure	HC-RUMI 25 HC-RUMI 30 HC-RUMI 35 HC-RUMI 40	N	20	100,00	2.000,00	D.D.S. OSTETRICA TEMPO
	AB MEDICA SPA Lazio MI		c	Scudo monouso sterile per manipolazione uterina di diversa misura	UML 516 UMW516 UMG516 UMG516 UMG517	N	25	100,00	2.500,00	
7	Z* applicativo ex 539	T020101		Telo in LxL idrorepellente per protettività trasversale, monouso sterile		N	200	18,90	3.780,00	



MODELLO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO

DATI GENERALI

Richiesta n° _____

Centro di costo _____

Unita' Operativa CHIR

Utilizzatore dr. Freni

Recapiti CHIR

Telefono 0789/552551

E-mail _____

Tipo richiesta

Nuovo dispositivo NO

Variazione dell'esistente* _____

Tipo di dispositivo

- DM (ex D.Lg.vo 46/97)
- DMIA (D. Lg.vo n°507/92)
- IVD (Lg.vo n°332 /00)

o Nel caso di DM indicare:

N° iscrizione Repertorio 17506
 Classificazione Nazionale (CND): 00403
 Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo:

- DM (ex D.Lg.vo 46/97)
- DMIA (D. Lg.vo n°507/92)
- IVD (Lg.vo n°332 /00)

N° iscrizione Repertorio _____
 Classificazione Nazionale (CND): _____
 Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

*(indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione)

Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico

Druggo Defibrillatore di 2000 Watt

SEZIONE TECNICA

Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori*

Codice prodotto 850270-000035

Confezionamento _____

Ditta produttrice _____

Distributore TELEPLEX MEDICAL SRL

Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo _____

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo

Codice prodotto _____

Confezionamento _____

Ditta produttrice _____

Distributore _____

IMPATTO COERENZA STRATEGICA

Rispetto alle alternative esistenti il nuovo dispositivo rappresenterebbe:

- Innovazione _____
- Sostituzione _____
- Affiancamento _____

L'introduzione del dispositivo è necessario per l'attività di base del Dipartimento/Unità?

- No
- Si*

*se si indicare le motivazioni:
Non è necessario
alternativa.

Il dispositivo è innovativo per l'azienda?

- No
 - Si*
- *se si indicare le motivazioni

Esistono altri dispositivi analoghi già utilizzati in azienda?

- No
- Si*

*se si quali? _____

**MODELLO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI
DIAGNOSTICI IN VITRO**

'VANTAGGI E PECULIARITA' LEGATE ALL'UTILIZZO

Se presenti alternative, quali sono i vantaggi clinici ed economici del dispositivo rispetto alle alternative già in uso: _____

Si prevedono vantaggi per il paziente?

Si*

No

*se si quali? _____

Procedure
Non invasive

Si prevede un risparmio di tempo nell'erogazione della prestazione?

No

Si*

*se si quali? _____

Alcuni Minuti

Si prevede un risparmio nei costi?

No

Si*

*se si quali? _____

50%

SEZIONE DEL PERSONALE

Esiste personale preposto all'utilizzo?

Si*

No

*se no specificare: _____

Da formare

Si

No

Numero e qualifica del personale da formare _____

Da assumere

Si

No

Numero e qualifica del personale da assumere _____

DESCRIZIONE ATTIVITA'

Numero dei dispositivi normalmente necessari per:

- Paziente 1-2
- Giornate di degenza /
- Ricovero /

Fabbisogno annuo presunto:

Tipo di prestazioni effettuate

- Quantità annua 30
- Ordinarie _____
- DH _____
- Ambulatoriali _____

Quale DRG (se applicabile) o ICD 9 CM è collegato all'utilizzo del dispositivo in oggetto?

DRG _____

ICD 9 CM _____

Il dispositivo è stato già acquistato precedentemente?

No

Si*

*in caso affermativo specificare la quantità _____

E' stata utilizzata campionatura gratuita?

No

Si*

*in caso affermativo allegare una relazione clinica.

COSTI

• Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa) _____

31 €

• Costo eventuale materiale di consumo collegato _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- a. Pubblicazioni scientifiche internazionali;
- b. Scheda tecnica del prodotto;
- c. Altre informazioni ritenute utili dal richiedente.

Data _____

21.03.13

Firma _____

[Firma]