

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 996 DEL 11/08/2015

OGGETTO: ACQUISTO DI N.2 GENERATORI DI IMPULSI IMPIANTABILI PER I PAZIENTI SC e SGF.– FARMACIA OSPEDALIERA

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DOTT. PAOLO TECLEME

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT. SALVATORICO ORTU		DOTT. DAVID HARRIS	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000
STRUTTURA PROPONENTE SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 11/08/2015	Al 26/08/2015
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

Su proposta del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale e su istanza del Servizio Farmacia Ospedaliera;

Premesso che :

la Responsabile del Servizio di Farmacia Ospedaliera ha fatto richiesta con nota prot. np. 5092 del 01/07/2015 di acquisto, su proposta del Direttore dell'U.O. di Rianimazione del P.O. di Olbia, di n.1 stimolatore midollare cod. 97714 Resore Sensor, n.1 stazione ricarica cod. 97754, n.1 programmatore paziente cod. 97740 per il paziente SC; n. 1 stimolatore midollare cod. 97714 Resore Sensor, n.1 stazione di ricarica cod. 97754, n.1 programmatore paziente 97740, n.1 catetere otto polare cod. 977°2/75 per il paziente SGF; pazienti con dolore cronico intrattabile; i dispositivi sono forniti dalla Ditta Medtronic;

la gara aziendale relativa ai microinfusori è scaduta e si sta procedendo ad istruire la nuova procedura, la prima stesura del Csa inviata il 08/04/2015, dalla farmacia Ospedaliera, è stata respinta il 03/06/2015(vedasi mail allegata) in quanto priva di tutti gli allegati (specifiche tecniche, criteri di valutazione offerte, fabbisogni lotto per lotto; a tutt'oggi il Capitolato generale d'Appalto non è pervenuto;

Preso atto della nota prot. 29585 del 05/07/2015 con la quale si è richiesta offerta alla Ditta Medtronic e la stessa ha risposto con nota 30065 del 13/07/2015;

Considerato che la spesa presunta per l'acquisto di quanto in premessa è pari ad €40.200,00 netto Iva;

Ritenuto opportuno provvedere all' acquisto di quanto sopra specificato ai sensi dell'art. 57 c.2 lett b del D.Lgs 163/2006 ;

Visti

Il D.lgs 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.;

La L.R. 28.07.2006 n.10;

La L.R. 24.03.1997 n. 10 e s.m.i.;

Il D.lgs 12.04.2006 n. 163 e s.m.i.;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

per i motivi sopra espressi,

DELIBERA

- di acquistare dalla Ditta Medtronic come di seguito specificato:

quantità	descrizione	Costo unitario Netto iva	Costo unitario iva al 4% compresa	Iniziali paziente
1	Generatore di impulsi impiantabile ricaricabile Restore Sensor Surescan MRI CND : J020202 Cod. CFN 97714	16.200,00	16.848,00	SC
1	Sistema di ricarica per neuro stimolatori Restore CND: J 020280 cod. CFN 97754	2.150,00	2.236,00	SC
1	Controllore portatile ad uso del paziente per la regolazione dei generatori d'impulsi CND J020701 CFN 97740	950,00	988,00	SC
1	Generatore di impulsi impiantabile ricaricabile Restore Sensor Surescan MRI CND : J020202 Cod. CFN 97714	16.200,00	16.848,00	SGF
1	Sistema di ricarica per neuro stimolatori Restore CND: J 020280 cod. CFN 97754	2.150,00	2.236,00	SGF
1	Controllore portatile ad uso del paziente per la regolazione dei generatori d'impulsi CND J020701 CFN 97740	950,00	988,00	SGF
1	Elettrocattetere ottopolare vectris Surescan MRI compact 75 cm CND J020202CFN 977°275	1.600,00	1.664,00	SGF

- di imputare la spesa secondo la tabella di seguito specificata

ANNO	UFF AUTORIZZ.	MACRO	NUMERO CONTO	IMPORTO(IVA INCL.)
2015	UA2_FARM	1	A501010601Acquisti di dispositivi medici impiantabili attivi	41.808,00

- che la Farmacia Aziendale gestirà ordini e provvederà alla liquidazione delle fatture previo riscontro della regolarità del servizio, con le modalità indicate nella nota della Direzione Amministrativa Aziendale avente protocollo NP/2015/3121 del 26/03/2015;
- che la Farmacia Ospedaliera invii il CSA per poter bandire la gara relativa ai neuro stimolatori midollari impiantabili.
- di trasmettere copia del presente atto al Servizio Contabilità e Bilancio e all'Area Controllo e Committenza, al Servizio Farmacia per i provvedimenti di competenza.
- di trasmettere copia del presente atto all'Assessorato Regionale dell'Igiene e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art.29, comma 2, della legge Regionale 28 luglio 2006, n.10.

**Il Commissario Straordinario
Dr. Paolo Tecleme**

Allegati: n. 3

Per il Servizio Provveditorato

R. Di Gennaro

F. Nuonno

Codice Servizio 198/2015



Medtronic

Arno

Fausta

Medtronic Italia S.p.A.
Via Varesina, 162
20156 Milano (MI)
Tel 0224137 1 (60 linee r.a.)
Fax 02241381

ASL2

Pr. 12015/30065 del 13/07/2015 or

Mitt MEDTRONIC ITALIA SPA
Ass Servizio provveditorato e amminis



Milano, 13 Luglio 2015

Nostro Protocollo N: ITQ0014556/15/PP/mm

Oggetto: VOSTRA RICHIESTA DI PREVENTIVO SPESA PER STIMOLATORI MIDOLLARI. Vs Prot. PG/2015/29585 del 09/07/2015

Con la presente siamo a trasmettere nostra migliore offerta per quanto segue:

COD CFN	NOME MODELLO	DESCRIZIONE	PREZZO UNITARIO OFFERTO	IVA %
97714	Restore Sensor SureScan MRI	Generatore di impulsi impiantabile ricaricabile Restore Sensor SureScan MRI CND:J020202 Repertorio:750467 /R Classe CE: Impiantabili attivi Certificato CE: I7121139709840	€ 16.200,00 (sedecimiladuecento/00)	4,00
97754	Sistema di Ricarica Restore	Sistema di Ricarica per i neurostimolatori Restore CND:J020280 Repertorio:773566 /R Classe CE: Impiantabili attivi Certificato CE: I7121139709840	€ 2.150,00 (duemilacentocinquanta/00)	4,00
97740	Programmatore Paziente MyStim modello 97740	Controllore portatile ad uso del paziente per la regolazione dei generatori d'impulsi modello 37701, 37702, 37703, 37704, 37711, 37712, 37713, 37714, 97702, 97712, 97713, 97714, 37022. CND:J020701 Repertorio:750430 /R Classe CE: Impiantabili attivi Certificato CE: I7121139709840	€ 950,00 (novecentocinquanta/00)	4,00
977A260	Vectris SureScan MRI 1x8 Compact	Elettrocattetero ottopolare Vectris SureScan MRI Compact60 cm CND:J020202 Repertorio:747088 /R Classe CE: Impiantabili attivi Certificato CE: I7121139709840	€ 1.600,00 (milleseicento/00)	4,00
977A275	Vectris SureScan MRI 1x8 Compact	Elettrocattetero ottopolare Vectris SureScan MRI Compact75 cm CND:J020202 Repertorio:747089 /R Classe CE: Impiantabili attivi Certificato CE: I7121139709840	€ 1.600,00 (milleseicento/00)	4,00

1/2



Medtronic

Lu, 30

COD CFN	NOME MODELLO	DESCRIZIONE	PREZZO UNITARIO OFFERTO	IVA %
977A290	Vectris SureScan MRI 1x8 Compact	Elettrocaterere ottopolare Vectris SureScan MRI Compact90 cm CND:J020202 Repertorio:747107 /R Classe CE: Impiantabili attivi Certificato CE: I7121139709840	€ 1.600,00 (milleseicento/00)	4,00

MODALITÀ FORNITURA

VALIDITA' OFFERTA: Un anno data offerta tacitamente rinnovabile; L'offerta non si ritiene tacitamente rinnovabile in caso di: emissione nuova offerta, prodotto fuori produzione, cessione/cessazione azienda o linea prodotto.

PAGAMENTO: Bonifico Bancario 60 giorni .

PREZZI: Porto Franco, comprensivi di ogni altro onere, ad eccezione dell'IVA che è a Vs. carico e rimarranno fissi ed invariabili per tutta la durata contrattuale.

CONSEGNA: 72/96 ore dal ricevimento ordine

PRODUTTORE: MEDTRONIC

Distinti saluti

MEDTRONIC ITALIA S.p.A.
Un Produttore
PATRIZIA ZARANTONIELLO



n. prot NP/2015/5092

Olbia, 01/07/2015

Al Servizio Provveditorato
Alla Direzione Medica P.O. di Olbia
Loro sedi

Oggetto: richiesta nuovi dispositivi medici**1) Modelli presentati : D Data: 30/06/2015****Unità operativa Richiedente: ANESTESIA****Ditta fornitrice: MEDTRONIC****Dispositivo già disponibile in gara: NO****Disponibili Sul Me. P.A.: SI****INCLUSIONE IN GARE REGIONALI: SI**

RI F.	codici	repertorio	descrizione	cnd	Quantità/anno	Prezzo/unitario
A	97714 (codice accessorio 97754 e 97740)		Neurostimolatore midollare (stimolatore + catetere)		2	
C	977A2/75		Catetere ottopolare		1	
			Totale spesa presunta/ anno €			

*Vedere allegati.**Eventuali dati e informazioni mancanti verranno integrate successivamente.*

SALUTI

Resp. S.S. az. Farmacia ospedaliera
D.ssa Caterina Bucciero

Olbia, 01 Luglio 2015

Al Servizio Farmacia

Al Responsabile Servizio
Acquisizione beni
Dott. Roberto Di Gennaro

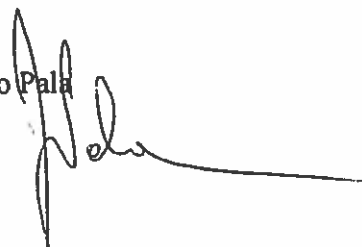
Oggetto: richiesta stimolatore midollare

Come d'accordo, si richiede con cortese urgenza dovuta alla situazione clinica dei pazienti con dolore cronico intrattabile:

- 1) per il paziente S.C.n° 1 Stimolatore midollare cod. 97714 Resore Sensor, 1 stazione di ricarica cod. 97754, 1 programmatore paziente cod. 97740;
- 2) per il pazinete SGF: n° 1 Stimolatore midollare cod. 97714 Resore Sensor, 1 stazione di ricarica cod. 97754, 1 programmatore paziente cod. 97740, 1 catetere otto polare cod. 977a2/75

Cordiali saluti

Dott. Franco Pala



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

DATI GENERALI

Richiesta n° _____

Centro di costo ANESTESIA

Unita' Operativa ANEST-MAN.

Utilizzatore ANEST- TP del dolore

Recapiti 0783/552543

Telefono _____

E-mail FR PALAZZO ASLOLUBIA.IT

Tipo richiesta

Nuovo dispositivo SI 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 _____
 Classificazione Nazionale (CND): _____
 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

NEUROSTIMOLAZIONE MIDOLARE (STIMOLAZIONE + CRITICITÀ)

SEZIONE TECNICA

Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori*

Codice prodotto 97714 ESORIS SENSOR

Confezionamento 1

Ditta produttrice REDTronic

Distributore REDTronic

Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo _____

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo

Codice prodotto 97754 /ESR RICARICA

Confezionamento 97760 (PROGR P2

Ditta produttrice REDTronic

Distributore REDTronic

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: _____

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? STIMOLAZIONE MIDOLARE

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? _____

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

No

~~Si*~~

*se si quali? UMA TANTUM

Si prevede un risparmio nei costi?

No

~~Si*~~

*se si quali? TER. DEFINITIVA

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 _____
- Giornate di degenza _____
- Ricovero _____

Fabbisogno annuo presunto:

- Tipo di prestazioni effettuate
- Quantità annua _____
 - 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) _____
- 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 _____

Firma _____

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

DATI GENERALI

Richiesta n° _____

Centro di costo ANESTI- LIA NIRA2.

Unita' Operativa ANESTI- LIA

Utilizzatore ANESTI. TP. DEL DOLINO

Recapiti 0789/552543

Telefono _____

E-mail F.PALAE ASLOLbia.IT

Tipo richiesta

Nuovo dispositivo
 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 _____
 Classificazione Nazionale (CND): _____
 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

NEURO STIMOLAZIONE MUSCOLARE (STIMOLAZIONE ELETTRICA)

SEZIONE TECNICA

Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori*

Codice prodotto 97714 LESRE SENIOR

Confezionamento 1

Ditta produttrice NEOTRONIC

Distributore NEOTRONIC

Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo _____

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo

Codice prodotto 97754 / Kit di ricerca

Confezionamento 97740 / Regole per uso

Ditta produttrice NEOTRONIC

Distributore NEOTRONIC

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: _____

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? STIMOLAZIONE MUSCOLARE

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? _____

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

No

~~Si*~~

*se si quali? UNA TANTUM

Si prevede un risparmio nei costi?

No

~~Si*~~

*se si quali? TEN. DEFICITIVA

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 _____
- Giornate di degenza _____
- Ricovero _____

Fabbisogno annuo presunto:

Tipo di prestazioni effettuate

- Quantità annua _____
- 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) _____

• 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 _____

Firma _____

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

DATI GENERALI

Richiesta n° _____

Centro di costo ANESTESIA

Unita' Operativa ANEST- RIN N.

Utilizzatore ANEST- TPO del Dolore

Recapiti 0783/552563

Telefono _____

E-mail felicia@ASLOlbia.it

Tipo richiesta

Nuovo dispositivo SI NO
 Variazione dell'esistente* _____

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

Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico

CATETERE OROLOGARE

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 _____

Classificazione Nazionale (CND): _____

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

SEZIONE TECNICA

Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori*

Codice prodotto STEE 2 / FS

Confezionamento PE 1

Ditta produttrice REBTRONIC

Distributore REBTRONIC

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: _____

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 prevede un risparmio di tempo nell'erogazione della prestazione?

- No
- ~~Si*~~

*se si quali? _____

Si prevedono vantaggi per il paziente?

Si*

No

*se si quali? _____

Si prevede un risparmio nei costi?

- No
- Si*

*se si quali? _____

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 _____
- Giornate di degenza _____
- Ricovero _____

Fabbisogno annuo presunto:

Tipo di prestazioni effettuate

- Quantità annua _____
- 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) _____
- 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 _____ Firma _____

Da: Francesca Deledda [fdeledda@aslolbia.it]
Inviato: mercoledì 3 giugno 2015 14.21
A: 'Apollonia Pipere'
Cc: 'Caterina Bucciero'; 'Maria Amic'
Oggetto: NEUROSTIMOLATORI
Allegati: csa_neurostimolatori_midollari.doc

Priorità: Alta

Gentilissima ho verificato sommariamente la nuova versione del capitolato per i neuro stimolatori.

Gli e la invio con annotazioni, precisando quanto segue:

- Ho ricevuto solo il testo del capitolato senza tutti gli allegati (specifiche tecniche, criteri di valutazione offerte, fabbisogni lotto per lotto) che quindi non ho potuto esaminare;
- Il capitolato necessita di parecchie modifiche e/o integrazioni (vedasi allegato) ma ad esse possiamo provvedere noi; dette modifiche seguiranno la traccia delle annotazioni che sono indicate in allegato;
- Nutro enorme perplessità sulla determinazione del valore dell'appalto: la precedente gara valorizzava l'appalto complessivamente in un triennio in € 1.505.208,00 iva esclusa e quindi in € 501.736,00 iva annui; il presente capitolato invece addirittura prevede una spesa di € 2.354.254,00 netto iva annui: sarà opportuno fornire prima che al Provveditorato, alla Direzione Aziendale le ragioni della quintuplicazione della spesa prevista, ottenendo gli opportuni incrementi di spesa sul budget autorizzativo.

Resto in attesa di tutti gli allegati, per completare le verifiche, ricordando che essi dovranno essere accompagnati da attestazione di inclusione dei prodotti nel LEA (o meno, facendo pervenire in questo secondo caso anche autorizzazione separata della Direzione a procedere agli acquisti).

Ringrazio per il lavoro fin qui svolto e porgo cordiali saluti.

Roberto Di Gennaro