

(F)

ACC. "A"

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE  
NP.2017/88121 del 19/10/2017 ore 09,53  
Mitt.: ASSL Cagliari Unità Centrale Farm...

Selargius, 19-10-2017

Ass.: ASSL Cagliari Servizio Acquisti  
Class.: 1. Fasc.: 3 del 2017



)

OGGETTO: Trasmissione richiesta acquisto Microcuvette x emoglobinometro HEMOCUE HB301

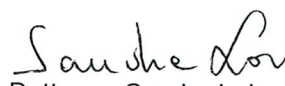
Si trasmette la richiesta di fabbisogno annuale cumulativo dei PP.OO. San Marcellino-Muravera e San Giuseppe -Isili per l'acquisto alla ditta EL.MED delle Microprovette dedicate all'apparecchio emoglobinometro HEMOCUE.

Si allega alla presente la richiesta di acquisto urgente della Farmacia del P.O. San Marcellino di Muravera prot. 86358 del 13-10-2017 e la nota della Farmacia San Giuseppe di Isili prot.n° 1474 del 20-07-2017 con copia della Relazione d'infungibilità per le microcuvette, redatta dall'Utilizzatore.

Visto il valore dell'importo totale, si propone l'affidamento diretto alla ditta EL.MED.

Prodotti indicati come "capillari per ematocrito" sono inseriti nella gare Regionale Diagnostici in vitro CND W05, ma sarà da valutare la compatibilità del prodotto aggiudicato con il suddetto apparecchio.

Cordiali saluti



Dott.ssa Sandra Loi  
Responsabile della SSD

SERVIZIO ACQUISTI  
PRESA IN CARICO

27 OTT. 2017



ASL Cagliari

UNITA' CENTRALE FARMACEUTICA  
FABBISOGNO VARI PRESIDII

Rich. del 18-10-2017

Prot. N°88121 del 19. 10. 2017

Richiesta : Dispositivi Medici / Materiale Sanitario

Pubblico Incanto in itinere:		No		Unita di Misura (Quantità)		Fabbisogno annuale S. Marcellin		Serv. Farmaceutico Isili e Quartu		quant. Totale		Costo unitario di riferimento (Euro)		Spesa stimata per 12 Mesi ( Euro)	
Se si precisare i riferimenti della richiesta :															
Reparto: PRESIDII OSPEDALIERI AZIENDALI															
Durata contrattuale richiesta: annuale 2017 /2018															
Allegati: Relazione Unico Operatore Economico															
Ditta: EL.MED Cagliari Pirri															
CND	SISAR	Denominazione Articolo													
W050101	120572	HEMOCUE MICROCVETTE COD. HCH C 301 - CONF. X 200 PZ		conf.		5		10		15		€ 238,00		€ 3.570,00	
		X EMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 301													

Il Direttore Dipartimento del Farmaco

Il Responsabile U.C.F.  
**DIPARTIMENTO DEL FARMACO**  
Unità Centrale Farmaceutica  
IL RESPONSABILE  
Dott.ssa Sandra Loi

SELARGIUS,

Al Direttore U.O.C. Farmaceutica Territoriale  
SEDE

Oggetto: Richiesta di acquisto prodotti non coperti da contratto in urgenza.

X SAN MARCELLINO - MURAVERA

CNDIATC	COD SISAR IN USO	DESCRIZIONE PRODOTTO	UN. DI MISURA	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	IMPONIBILE	IVA 22%	SPESA TOTALE	PLZ.
W02010199	120572	HEMOCUE MICROCVETTE COD. HCHC 301 CONFEZ. 4X 50	conf	3	€ 238,00	€ 714,00	€ 22,00	871,08	MURAVERA ISILI Q.S.E.

OPERATORE ECONOMICO:

Descrizione sintetica del bisogno ( D.M., FARMACI, ALIMENTI, ETC.) E DESTINAZIONE D'USO:

Motivazione della richiesta dello smart cig :

- 1) il valore annuo del bene da acquistare è complessivamente inferiore a € 1.000,00 ;
  - 2) sussistono le condizioni di urgenza che rendono necessario l'acquisto immediato del bene, senza consentire i tempi necessari per il completamento di una procedura di gara;
  - 3) le forniture da acquistare possono essere fornite unicamente da un determinato operatore economico per una delle seguenti ragioni:
    - a) la concorrenza è assente per motivi tecnici;
    - b) la tutela di diritti esclusivi, inclusi i diritti di proprietà intellettuale (allegare dichiarazione di infungibilità);
    - 4) i beni da acquistare non in precedenza programmabile e di valore complessivamente inferiore a € 1000,00
- Programmazione inviata all'UCF il \_\_\_\_\_  
– SI ALLEGA OFFERTA DITTA \_\_\_\_\_

Responsabile del procedimento:

Responsabile SS Distribuzione Diretta:



Prot. n. 1474 / 20.07.2017

**Oggetto:** Trasmissione modulo richiesta acquisizione prodotto/servizio infungibile ed esclusivo.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE  
NP/2017/64474 del 24/07/2017 ore 10,08  
Mittente: ASSL Cagliari DISTRETTO 5 - Sarcidano

Assegnatario: ASSL Cagliari DIREZIONE ASSL

Classifica 1



Alla Direzione ASSL CAGLIARI  
Via Piero della Francesca, 1  
SELARGIUS

e, p.c. alla Dr.ssa Sandra Loi  
Responsabile Unità Centrale Farmaceutica  
Vi Peretti, 2/c  
SELARGIUS

Come da comunicazione della Responsabile dell'Unità Centrale Farmaceutica, Dr.ssa Sandra Loi, in allegato alla presente si trasmette il "Modulo richiesta acquisizione prodotto/servizio infungibile ed esclusivo", debitamente firmato dalla richiedente Dr.ssa Maria Domenica Balata, dirigente medico del Laboratorio Analisi del P.O. San Giuseppe di Isili e dal Direttore Sanitario del P.O., Dr. Ferdinando Angelantoni.

Si allegano in copia alla presente:

- nota prot. 2017/61854 della Responsabile del Servizio Acquisti – Dr.ssa Maria Alessandra De Virgilis;
- nota prot. 2017/62438 della Responsabile Unità Centrale Farmaceutica – Dr.ssa Sandra Loi.

Distinti saluti.

*24.07.2017*  
*Sentire la Dott.ssa*  
*De Virgilis*  
*De Virgilis*

U.O. SERVIZIO FARMACEUTICO  
DISTRETTO DI ISILI  
**A.S.L. CAGLIARI**  
DISTRETTO DI ISILI  
~~SERVIZIO FARMACEUTICO~~  
**Dott. Fabrizio Businco**

*Allo Dott.ssa De Virgilis*  
*per autorizzare e risarcire*  
*De Virgilis*

**ALLEGATO 1 - MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE PRODOTTO/SERVIZIO INFUNGIBILE ED ESCLUSIVO**

STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE UNITÀ RACCOLTA SANGUE P.O. ISIU  
TIPOLOGIA PRODOTTO/SERVIZIO MICROCUVETTE DI REAZIONE PER DETERMINAZ. Hb  
PRESTAZIONE RIENTRANTE NEI L.E.A.:      **SI**      **NO**

Indicazione terapeutica per specifica patologia

---

---

---

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici

---

---

---

Altro (specificare)

MICROCUVETTE DI REAZIONE PER LA DETERMINAZIONE DELL' Hb CON LO STRUMENTO (EROCLOBINOMETRO Hb 301 HEMOCUE) NEI DONATORI DI SANGUE

PRODUTTORE/FORNITORE HEMOCUE AB ANGELHOK SWEDEN / DITTA ELMED

COSTO PER SINGOLA PRESTAZIONE € 1,45

NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE 1000 (per le specifiche vedasi oltre)

COSTO TOTALE PREVENTIVATO 1451,2

FORMA DI ACQUISIZIONE PROPOSTA  
RICHIESTA URGENTISSIMA

EVENTUALI MATERIALI DI CONSUMO DEDICATI:      **SI**      ~~**NO**~~

SE SI E' RISPOSTO "SI" ALLA PRECEDENTE DOMANDA, INDICARE TIPOLOGIA E QUANTITATIVI PRESUNTI, NONCHE' RELATIVI COSTI PER IL PERIODO CONSIDERATO:

PRODOTTI GIÀ IN USO IN ALTRE UU.OO.:  SI  NO

L'ACQUISIZIONE DEL BENE/SERVIZIO IMPLICA INCREMENTO DI PERSONALE?  SI  NO

SE SÌ, SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:

Particolari esigenze di formazione del personale

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno \_\_\_\_\_

Previsione dei consumi per anno (includendo ogni voce di costo)

1000 DETERMINAZIONI

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili prodotti alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 19/7/2017

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI  
PRESIDIO OSPEDALIERO ISILI  
UNITA' RACCOLTA SANGUE  
(Dott.ssa Maria D. Balata)

Dirigente richiedente

Maria Domènica Beletti

Direttore Struttura/U.O. richiedente

F. Angelantoni

DIRETTORE SANITARIO  
Dott. F. Angelantoni