

Oggetto: Autorizzazione all'espletamento di una procedure negoziata per la fornitura di diagnostici per patologie oncoematologiche per i PP.OO. Microcitemico e Binaghi.
 Art 57 , 2 c. lett. b) D.Lgs. 163/2006. Rettifica

Il Responsabile del Servizio Acquisti
PREMESSO:

- che con Deliberazione n. 232/2009 è stato disposto il conferimento delle deleghe ai dirigenti aziendali della ASL n. 8 di Cagliari, individuando i provvedimenti di competenza del Direttore Generale e quelli delegati formalmente ai dirigenti;
- che, nell'ambito del Servizio Acquisti, tra i provvedimenti formalmente delegati al dirigente risulta, fra gli altri, la gestione delle procedure di acquisto e dei contratti di importo inferiore ad € 200.000,00 ;
- con Deliberazione n. 107 del 01.02.2010 il Commissario Straordinario ha conferito l'incarico di Responsabile della S.C. Servizio Acquisti alla Dr.ssa Maria Alessandra De Virgiliis; ;
- con nota del Servizio Acquisti datata 15.11.2006 sono state stabilite nuove modalità e contenuti delle richieste d'acquisto di prodotti coperti da privativa industriale o protetti da diritti di esclusiva, accompagnate da dichiarazione di scelta;
- che, in seguito alla nota dell'Unità Centrale Farmaceutica prot. n. NP/2014/23818 del 23.06.2014, con Determinazione n° 849 del 07/07/2014 è stata autorizzato l'espletamento della procedura negoziata ai sensi dell'art. 57, comma 3, lett. b) del D.Lgs. 163/2006, di seguito indicata, fatte salve le risultanze della negoziazione con l'operatore economico interpellato:

rif.	Descrizione	Servizio/Presidio	Operatore economico	Importo Iva esclusa	Durata /mesi
1	IDENTICLONE IGH+IGK B-CELL CLONALITY ASSAY ABI DETECTION	Unità Centrale Farmaceutica / PP.OO. Microcitemico e Binaghi	Instrumentation Laboratory S.p.A.	€ 37.297,50	24
2	IDENTICLONE IGL GENE CLONALITY ASSAY ABI DETECTION				
3	IDENTICLONE TCRB GENE CLONALITY ASSAY ABI DETECTION				
4	IDENTICLONE TCRG GENE REARR.V2.0 ASSAY ABI DETECTION				
5	LEUKOSTRAT FLT3 MUTATION ASSAY ABI DETECTION				
6	LEUKOSTRAT FLT3 MUTATION ASSAY GEL				
7	ECORV 20.000 UNITS				
8	NE BUFFER 3-6ML				
9	IGH SOMATIC HYPERMUTATION 2.0 ASSAY ABI DETECTION				
10	AMPLI TAQ GOLD DNA POL 250 UI				
11	CLLU PROFILE QUANT KIT				
12	JAK2 MUTASCEERN KIT				
13	TAQ MAN UNIVERSAL PCR MASTER MIX (1X5ML)				



RILEVATO che per mero errore materiale, nella determina di affidamento di cui sopra, si è tenuto conto di un importo riferito ai singoli prodotti e non al costo totale degli stessi per il fabbisogno di 24 mesi;

RITENUTO pertanto necessario rettificare la Determinazione n° 849 del 07/07/2014, nel senso di precisare che l'autorizzazione alla procedura per i diagnostici per patologie oncoematologiche per i PP.OO. Microcitemico e Binaghi - ai sensi dell'art. 57, comma 3, lett. b) del D.Lgs. 163/2006 - per il periodo di 24 mesi, debba essere rilasciata, fatte salve le risultanze della negoziazione con l'operatore economico interpellato, come di seguito descritto:

rif.	Descrizione	Servizio/Presidio	Operatore economico	Importo Iva esclusa	Durata /mesi
1	IDENTICLONE IGH+IGK B-CELL CLONALITY ASSAY ABI DETECTION	Unità Centrale Farmaceutica / PP.OO. Microcitemico e Binaghi	Instrumentation Laboratory S.p.A.	€ 153.450,30	24
2	IDENTICLONE IGL GENE CLONALITY ASSAY ABI DETECTION				
3	IDENTICLONE TCRB GENE CLONALITY ASSAY ABI DETECTION				
4	IDENTICLONE TCRG GENE REARR.V2.0 ASSAY ABI DETECTION				
5	LEUKOSTRAT FLT3 MUTATION ASSAY ABI DETECTION				
6	LEUKOSTRAT FLT3 MUTATION ASSAY GEL				
7	ECORV 20.000 UNITS				
8	NE BUFFER 3-6ML				
9	IGH SOMATIC HYPERMUTATION 2.0 ASSAY ABI DETECTION				
10	AMPLI TAQ GOLD DNA POL 250 UI				
11	CLLU PROFILE QUANT KIT				
12	JAK2 MUTASCEERN KIT				
13	TAQ MAN UNIVERSAL PCR MASTER MIX (1X5ML)				

per un controvalore, rispetto all'autorizzazione di cui alla Determinazione n° 849 del 07/07/2014, di € 116.152,80 iva esclusa;

VISTA la L.R. 10/97 e la L.R. n.10/2006;
VISTO il D.Lg.n. 163/12.04.2006 e s.m.i.;

D E T E R M I N A

1. di rettificare, per i motivi sopra esposti, la Determinazione n° 849 del 07/07/2014, nel senso di precisare che l'autorizzazione alla procedura per i diagnostici per patologie oncoematologiche per i PP.OO. Microcitemico e Binaghi - ai sensi dell'art. 57, comma 3, lett. b) del D.Lgs. 163/2006 - per il periodo di 24 mesi, debba essere rilasciata, fatte salve le risultanze della negoziazione con l'operatore economico interpellato, come di seguito descritto:



rif.	Descrizione	Servizio/Presidio	Operatore economico	Importo Iva esclusa	Durata /mesi
1	IDENTICLONE IGH+IGK B-CELL CLONALITY ASSAY ABI DETECTION	Unità Centrale Farmaceutica / PP.OO. Microcitemico e Binaghi	Instrumentation Laboratory S.p.A.	€ 153.450,30	24
2	IDENTICLONE IGL GENE CLONALITY ASSAY ABI DETECTION				
3	IDENTICLONE TCRB GENE CLONALITY ASSAY ABI DETECTION				
4	IDENTICLONE TCRG GENE REARR.V2.0 ASSAY ABI DETECTION				
5	LEUKOSTRAT FLT3 MUTATION ASSAY ABI DETECTION				
6	LEUKOSTRAT FLT3 MUTATION ASSAY GEL				
7	ECORV 20.000 UNITS				
8	NE BUFFER 3-6ML				
9	IGH SOMATIC HYPERMUTATION 2.0 ASSAY ABI DETECTION				
10	AMPLI TAQ GOLD DNA POL 250 UI				
11	CLLU PROFILE QUANT KIT				
12	JAK2 MUTASCEERN KIT				
13	TAQ MAN UNIVERSAL PCR MASTER MIX (1X5ML)				

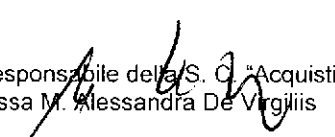
per un controvalore, rispetto all'autorizzazione di cui alla Determinazione n° 849 del 07/07/2014, di € 116.152,80 iva esclusa;


2. di confermare per il resto quanto già indicato nella Determinazione n° 849 del 07/07/2014;

3. di comunicare la presente determinazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29 comma 2, della L.R. N° 10/2006.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Responsabile della S. O. "Acquisti"
 Dr.ssa M. Alessandra De Virgiliis



Resp. del Procedimento/ dott.ssa Casti R 
 Servizio Acquisti SA

La presente determinazione viene pubblicata per 15 giorni consecutivi sull'Albo Pretorio on line presente nel sito aziendale ed è a disposizione per la consultazione cartacea presso gli uffici competenti.