



**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**  
**Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano**

Prot. n. NP-2016-9265

Oristano 13-09-2016

Allegato n° 4 alla deliberazione  
 N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 32 fogli.

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente **[REDACTED]** e regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1226970	MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD Starter kit cod. art. 16301-5K	1	YPSOMED ITALIA

Distinti saluti.

IL DIRETTORE f.f.  
 FARMACIA TERRITORIALE  
 Dr.ssa Marisa Pirastu

*g. r. Zorica  
 sub 09/2016  
 P. Pirastu*

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato	
14 SET 2016	
Arrivata il _____	
Prot. N. _____ del _____	

**SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO**  
*Servizio di Assistenza Riabilitativa ai Soggetti Disabili*  
**Distretto di ALES-TERRALBA**

**UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA**



0783/851020-1012

ASSISTENZA INTEGRATIVA

\* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

**Paziente portatore di menomazione funzionale permanente**

Prot. n°: 48505 del 10/03/2016

AUTORIZZ. N.: 689 DEL 23/05/2012

Cognome: [redacted] Nome: [redacted] C.F.: [redacted]

Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]

Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 18/07/2016 Dott. Osp. Brotzu (CA)

**Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale**

N° Presidio Autorizzato

1	Microinfusore Mylife OmniPod
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

Mese di riferimento

AGOSTO

Il Direttore di Distretto

*Dott. Peppinetta Fighini*



Il Funzionario Amministrativo

*Sig.ra Patrizia Pira*



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà il Presidio ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quinquennale e intestata a suo nome e chiedere il rimborso al Presidio a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro - 6 SET 2016

Per ricevuta [redacted]

*[Handwritten mark]*  
24 AGO 2016

**AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"**  
**CAGLIARI**  
*Centro di riferimento regionale per il diabete giovanile*  
*Primario Dott. Pierpaolo Pusceddu*

**MODELLO DI PRESCRIZIONE MATERIALE PER MICROINFUSORE DI INSULINA**

Al servizio Farmaceutico ASL 5 di ORISTANO

Si certifica che il/la signor/ra ..... nata a .....  
 residente a ..... in via/p.zza .....  
 C.F. .... è affetta da diabete mellito di tipo 1 ed è seguito/a presso questo Servizio di Diabetologia.

Essendo il suo diabete estremamente instabile e non controllabile, nemmeno con gli attuali schemi di insulino-terapia ad iniezioni multiple, necessita di un apposito sistema con microinfusore programmabile tipo "patch-pump" (senza catetere) per insulina. Si richiede pertanto l'acquisto del microinfusore modello Mylife<sup>TM</sup> OmniPod<sup>®</sup>.

MyLife<sup>TM</sup> OmniPod<sup>®</sup> è un microinfusore per insulina a gestione innovativa e semplice, che non necessita di catetere di collegamento. E' composto da due parti: il Pod (Microinfusore Patch) che si applica direttamente sulla pelle grazie a un supporto adesivo, e il PDM (palmare di controllo) per la memorizzazione dei dati relativi alla terapia, la programmazione e il monitoraggio wireless del Pod. Il PDM contiene il suggeritore di bolo e guida l'utilizzatore progressivamente nella sostituzione del Pod. Il Pod ha una durata massima di 3 giorni e contiene le batterie necessarie al funzionamento, che non devono quindi essere acquistate come materiale di consumo. Il sistema non richiede l'acquisto di altri componenti (set infusione, serbatoi, batterie speciali, service packs, adattatori, ecc.).

MyLife<sup>TM</sup> OmniPod<sup>®</sup> è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere con vantaggi dimostrati clinici e sulla qualità della vita. La non-interruzione della basale (ad esempio per fare sport, lavarsi o fare il bagno) ha vantaggi clinicamente significativi. L'assenza del catetere migliora in maniera significativa la qualità della vita, la libertà e l'autonomia delle persone in terapia microinfusionale.

Si richiede pertanto l'acquisto di:

N° 1 mylife<sup>TM</sup> OmniPod<sup>®</sup> Starter Kit cod. art. 16301-5K, N° CND: 1204021601  
 Identificativo BD/ RDM: 1126848/R

N° 12/anno mylife<sup>TM</sup> OmniPod<sup>®</sup> 10 Pack cod. art. 14810 N° CND: 1204021601  
 18/ANNO Identificativo BD/ RDM: 1128300/R

Luogo e Data. CAGLIARI 18/07/16

*Scappare*

**ASL ORISTANO**  
**P.O. "San Marino"**  
 U.O. Diabetologia e Malattie Metaboliche  
 Dr. *[Signature]*

**Dott.ssa Chessa Margherita**  
**Diabetologia Pediatrica**  
**A.O. "G. BROTZU" - CAGLIARI**

*[Signature]* In fede

20-JUL-2016 18:26 From:Buffetti Terraalba

07833570

To:00783850456

Fo:078539570

Page:1/1

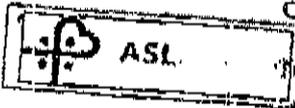
Page:1/1

PER [redacted]

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
CAGLIARI - REGIONE SARDEGNA  
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE  
PER DIABETE INFANTO GIOVANILE  
DIRETTORE: Dott. PAOLO PUSCEDDU

FAX PER RISPOSTA

0783 850456



data 26-07-16

Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina e/o del SENSORE che ne integra la funzione con il controllo continuo del tasso di glucosio sottocutaneo, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinaria) Art. 1 n° 4: "il cui contratto per ragioni di natura tecnica può essere affidato unicamente ad un operatore economico".  
con dichiarazione di scelta.

Prescrizine al Sig. [redacted]

del MICROINFUSORE: [redacted]

(eventualm. SENSORE): [redacted]

Si indicano di seguito le caratteristiche uniche del prodotto, importanti per l'utente, non presenti in altri prodotti simili del mercato, che ne determinano la scelta:

- 1 Area di cattura
- 2 inserimento automatico a pannello
- 3 Highote compliance del paziente
- 4 Facilmente utilizzabile durante l'attività sportiva

Dott.ssa Chiara Marchand  
A.O. "G. BROTZU" - CAGLIARI

Si approva

ASL Oristano  
P.O. "San Martino"  
U.O. di Diabetologia e Metabolismo  
Dott. Gianfranco Madau

[Signature]



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA  
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano

Prot. n. NP/2016/9336.Oristano 16/9/16

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

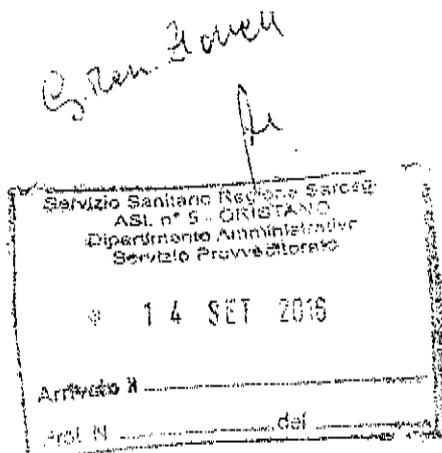
SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del sistema di monitoraggio sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente XXXXXXXXXX, regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1190611	DEXCOM G4 STARTER KIT RT (1 RICEVIT+1 TRASMET) *07172745001*	2	ROCHE DIAGNOSTICS

Distinti saluti.



IL DIRETTORE f.f.  
 FARMACIA TERRITORIALE  
 Dr.ssa Marisa Pirastu

**SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO**  
*Servizio Materno Infantile*  
*Distretto di Oristano*

**UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA**



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA

\* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

**Paziente portatore di menomazione funzionale permanente**

Prot. n°: 52283 del 06/09/2016

AUTORIZZ. N.: 3859 DEL 04/04/2007

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Residente a: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 01/09/2016 Dott. Atzeni M. Maddalena

*Atzeni M.*  
Si autorizza la fornitura ~~manuale~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

2	* DEXCOMG4 starter Kit
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

Mese di riferimento **SETTEMBRE**

Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro \_\_\_\_\_

Per ricevuta \_\_\_\_\_

**Autorizzazione valida fino al 01/09/2017**



Servizio di Malattie Metaboliche e  
**DIABETOLOGIA - Oristano**

**PIANO TERAPEUTICO**  
Presidi per microfusore per insulina

Cognome [redacted] nome [redacted]  
nato a [redacted]  
Residenza [redacted]  
Si richiede:

DexCom G4 Platinum Starter Kit (cod 07172745001) conf 2  
(include 1 ricevitore e 1 trasmettitore)

Note :

**PRESCRIZIONE: ANNUALE**

DATA, 01/09/2016

**IL DIABETOLOGO**

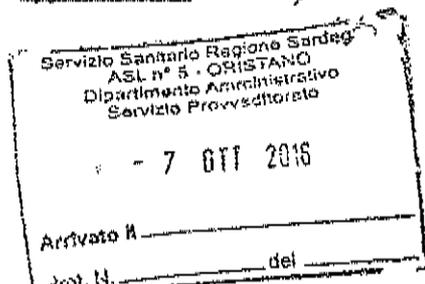
ASL N° 5 Oristano  
P.O. San Martino  
U.O. di Diabetologia  
Dott. Ste. Maria Maddalena Atzeni



Prot. n. NP-2016-10383

*filed in Zomer  
fer*

Oristano 07.10.2016



Al Resp. Servizio  
Provveditorato

SEDE

Oggetto: **Richiesta acquisto microinfusore.**

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente ██████████ regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1226577	MINIMED 640G SmartGuard cod.BNIT1752BLUCGM Blu	1	MEDTRONIC

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE f.f.  
FARMACIA TERRITORIALE  
Dr.ssa Marisa Pirastu





ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA  
A.S.L. n° 5 di Oristano Presidio Ospedaliero San Martino  
Unità Operativa di Pediatria  
Primario Dott. G.M. Zanda  
Tel: 0783/320060

Ambulatorio Pediatrico  
di Diabetologia

Oggetto: Prescrizione Microinfusore

Alla cortese attenzione del presidio di Oristano

Procedura amministrativa per la prescrizione:

di Microinfusore per l'erogazione di insulina e di sensore che ne integra la funzione con il controllo continuo del tasso glicemico sottocutaneo interstiziale, secondo il Decreto Regionale del 28/01/97 n°26 (prestazioni sanitari integrative straordinarie) Art. 1 n°4 "Il cui contratto per ragioni di natura tecnica può essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato" ossia con dichiarazione di scelta".

Prescrizione [redacted] nato a [redacted]  
[redacted] con esordio 29/10/2007. È seguito regolarmente c/o questa Unità Operativa di Pediatria. Diana Gabriele, presenta da circa un anno fobia per aghi e punture tali da impedire una adeguata terapia intensiva. Questo crea un Diabete instabile con frequenti Iper e Ipo glicemie non controllabili con gli attuali schemi di insulino-terapia ad iniezioni multiple (7 iniezioni/die), una variabilità glicemica costante, un effetto alba e crepuscolo evidente. Diana Gabriele ha inoltre presentato episodi di ipoglicemia importanti notturne.

I dati che si riferiscono allo studio DDCT e allo Studio EDIC hanno dimostrato la presenza "memoria metabolica" in grado di proteggere dalla comparsa delle complicanze in caso di buon compenso

glicemico pregresso, prevenendo le complicanze Microangiopatiche (retinopatia, Neuropatia, nefropatia) sia Macroangiopatiche (ictus, infarti, Eventi cardiovascolari). (Evidenza A)

La necessità di un buon controllo glicemico al fine di prevenire le complicanze diventa allora tanto più importante per i pazienti in età pediatrica. Studi multicentrici Internazionali hanno evidenziato come sia difficile raggiungere gli obiettivi terapeutici fissati dalle società scientifiche per il trattamento del bambino affetto da diabete Mellito tipo1 in terapia multi-iniettiva, e come l'elevata incidenza di ipoglicemie sia il fattore limitante più importante al raggiungimento di tali obiettivi terapeutici. (Evidenza C).

In Età pediatrica il miglior controllo metabolico, senza incorrere nel rischio d'ipoglicemia grave, si ottiene con l'utilizzo della terapia insulinica con il microinfusore. (Linee guida S.I.E.D.P.)

Al fine di ottenere un miglior compenso metabolico e prevenire le ipoglicemie, ~~\_\_\_\_\_~~ necessita di un apposito sistema di microinfusore programmabile di insulina con associato un sensore per la rilevazione in continuo della glicemia e lettura in tempo reale sul display del microinfusore stesso. L'unico sistema in grado di erogare insulina come microinfusore, rilevare le glicemie con il monitoraggio in continuo e prevenire le ipoglicemie è sistema integrato Mini Med 640 G con tecnologia Smart Guard. Questo sistema è composto da un microinfusore per una sicura somministrazione sicura di insulina, con set d'infusione adatto per ogni stile di vita; un sensore sottocutaneo CGM connesso con un trasmettitore a radio frequenza che rileva ogni 10 secondi i livelli di glucosio e li visualizza ogni 5 minuti (288 glicemie/die ) con una accuratezza ottimale e allertando il paziente con allarmi sonori o vibratori quando i valori glicemici sono a rischio di ipo e /o iperglicemie; un glucometro Contur Next LINK 2.4 della Bayer, il paziente può inviare i valori glicemici al Microinfusore MiniMed 640 G in modalità Wireless e comandare in remoto con la massima discrezione la somministrazione del bolo d'insulina; Con la soluzione della telemedicina Care Link è possibile per il paziente scaricare da casa i dati del suo controllo glicemico, e condividere queste informazioni in remoto via internet con il suo medico specialista. Con l'utilizzo di queste quattro componenti si può prevenire le ipoglicemie e ridurre la variabilità glicemica permettendo alla persona di prendere decisioni immediate su alimentazione ed esercizio fisico e sulla terapia insulinica in base alla necessità del momento.



Il sistema SmartGuard basandosi sui valori di glucosio del sensore è in grado di prevedere l'avvicinarsi ad un limite ipoglicemico 30 minuti prima e di sospendere in modo automatico l'erogazione di insulina. Quando i valori di glucosio del sensore si innalzano, SmartGuard ripristina automaticamente l'erogazione di insulina.

Studi scientifici dimostrano che l'uso integrato di microinfusore e monitoraggio continuo del glucosio consente di abbassare i valori dell'HbA1c senza aumentare il rischio ipoglicemico; il sistema di sospensione dinamica dell'erogazione di insulina SmartGuard può ridurre significativamente il numero di eventi ipoglicemici.

Si dichiara che è l'unica apparecchiatura in commercio con le seguenti caratteristiche che ne assicurano un uso sicuro, versatile e idoneo.

Le caratteristiche salienti del sistema MiniMed 640 G sono:

- Menù semplificati con navigazione intuitiva, accesso rapido alle funzioni di base.
- Icone di riferimento rapido sul display per batteria, serbatoio e modalità audio.
- Velocità Basale minima 0,025U/ora.
- Fino a 8 profili basali configurabili, tra cui profili dedicati Lavoro, Ferie, Malattia.
- Basale temporanea e configurazione di basali temporanee preimpostate.
- Erogazione bolo da 0,025 a 75 U, con velocità di erogazione standard [1,5 U/min] o veloce [15 U/min].
- Funzione bolo rapido.
- Calcolatore Bolus Wizard.
- Barra di avanzamento del bolo visualizzata durante l'erogazione.
- Funzione arresta bolo.
- Possibilità di configurare boli preimpostati personalizzati.
- Visualizzazione insulina attiva.
- Previsione esaurimento batteria.
- Promemoria personalizzabili.
- Dimensioni e peso contenuti: solo 92 grammi e cm 5,3 (larghezza) x 8,5 (lunghezza) x 2,44 (profondità).
- Design ergonomico ottimizzato sia per destri che mancini.
- Disponibile in versione con serbatoio da 1,8 ml o da 3,0 ml.
- Set di infusione e serbatoi con sistema di connessione MiniMed brevettato.
- Display a colori ad elevata visibilità con regolazione automatica della luminosità Impermeabile, IPX8 (immersione continua in acqua fino a 3,6 m per 24 ore).



In particolare relativamente alle funzioni integrate CGM:

- Monitoraggio continuo del glucosio integrato con Tecnologia SmartGuard, che consente di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione di insulina sulla base dei valori di glucosio rilevati dal sensore e dei limiti impostati:
- Sospensione predittiva in ipoglicemia della basale.
- Ripresa dinamica e automatica della basale.
- Possibilità di configurare limiti di glucosio basso differenziati per fasce orarie.
- Nuovo trasmettitore Guardian2 Link, consente la memorizzazione fino a 10 ore di dati in assenza di collegamento con il sistema MiniMed 640G.
- Allarmi audio più forti e con volume regolabile e vibrazione.
- Grafici in tempo reale sull'andamento del glucosio e icone di riferimento rapido sul display per sensore, trasmettitore e funzioni di connettività.
- Allarmi sui limiti di iperglicemia:
- Avviso di aumento rapido dei valori di glucosio.
- Avviso predittivo di avvicinamento al limite di glucosio alto (*Pre glucosio alto*).
- Avviso al raggiungimento del limite di glucosio alto.
- Funzioni e allarmi sui limiti di ipoglicemia:
- Sospensione predittiva (*Pre glucosio basso*).
- Avviso predittivo di avvicinamento al limite di glucosio basso (*Pre glucosio basso*).
- Sospensione per glucosio basso (LGS)
- Avviso al raggiungimento del limite di glucosio basso.

Integrazione con glucometro Contour Next Link di Bayer per misurazioni accurate e più funzioni in un solo dispositivo:

- Glucometro collegato Contour Next Link 2.4 di Bayer.
- Strisce reattive Contour Next ad elevata precisione.
- Invio wireless delle glicemie al sistema MiniMed 640G.
- Funzione telecomando.
- Funzione bolo remoto per comandare a distanza l'erogazione del bolo normale o di boli preimpostati.
- Funzione di chiavetta per scarico dati su piattaforma CareLink.

Sistema di gestione dei dati terapeutici in telemedicina:

- Scarico dati su piattaforma CareLink con chiavetta dedicata CareLink USB o utilizzando il glucometro Contour Next Link 2.4 di Bayer.
- Sistema per l'ottimizzazione terapeutica CareLink PRO che offre report intuitivi sull'andamento glicemico e indicazioni terapeutiche utili per ottimizzare la terapia dei propri pazienti.
- Possibilità di accesso remoto ai dati del programma CareLink Personal.



Altresi il paziente potrà prendere decisioni immediate su alimentazione, esercizio fisico, terapia insulinica in base alle necessità del momento.

Quindi si chiede la prescrizione del microinfusore MiniMed 640 G Smart Guard colore \_\_\_\_\_  
Codice: BMIT 1752 BLUCAM

Il paziente per il funzionamento del sistema necessita anche dei relativi set per infusione  
Mediante il Set (catetere, serbatoio e sensore) va sostituito ogni tre giorni per cui si prevede un fabbisogno annuo pari a :

- n. 18 confezioni da 10 pz. di reservoir da 3ml Mod. MMT 332 A MiniMed.
- n. 18 confezioni da 10 pz. di set per infusione completi MIO ( 60 cm ) Mod. MMT 943 MiniMed.
- n. 3 confezioni di batterie mini stilo Energizer tipo AA da 1,5 V mod ACC-LR6
- n. 18 confezioni ( 1 pz.) di sensori per la rilevazione in continuo della glicemia Mod. 7008B MiniMed (pari a 12 unità)

Data 23/09/2016

*S. ...*

*M...*  
AZIENDA U.S.L. N.5 ORISTANO  
PEDIATRO OSPEDALIERO "SAN MARTINO"  
UNITA' OPERATIVA DI PEDIATRIA E NEONATOLOGIA  
Primario Dr. Giovanni Zanda

*L. Mereu*  
Dott.ssa Luisa Mereu



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA  
A.S.L. n° 5 di Oristano Presidio Ospedaliero San Martino  
Unità Operativa di Pediatria  
Primario Dott. G.M. Zanda  
Tel: 0783/320060

Ambulatorio Pediatrico  
di Diabetologia

Oggetto: Prescrizione Microinfusore

Alla cortese attenzione del presidio di Oristano

Dichiarazione di scelta

Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina e/o del SENSORE che ne integra la funzione con il controllo continuo del tasso del glucosio sottocutaneo, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Articolo 1 n° 4; "il cui contratto per ragioni di natura tecnica può essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato", ossia con dichiarazione di scelta.

Prescrizione per 

del MICROINFUSORE: MINIMED 640G BNIT 1750 ALU 647 e del SENSORE: ENLITE

Si indicano di seguito le caratteristiche del prodotto, importanti per l'utente, non presenti in altri prodotti simili del mercato, che ne determinano la scelta:

1. oltre allarme di sospensione automaticamente dell'infusione in caso di grave ipoglicemia, presenta la possibilità di sospensione predittiva (pre glucosio basso) della basale tramite l'uso dello SMARTGUARD® con ripresa dinamica ed automatica della basale.
2. Possibilità di impostare fino a 8 profili basali configurabili, tra cui profili dedicati attività fisica, Ferie, Malattia;
3. possibilità di programmare fino ad 8 basali temporanee preimpostate.
4. Possibilità di configurare boli preimpostati personalizzati

Oristano 23/09/2016

*Si autorizza*

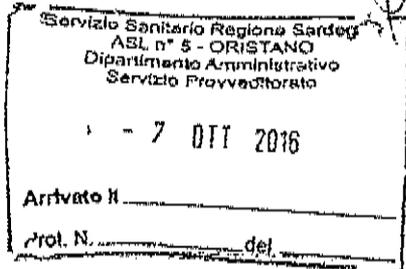
AZIENDA U.S.L. N.5 ORISTANO  
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN MARTINO"  
UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA E NEONATOLOGIA  
Primario Dr. Giovanni Zanda



Prot. n. NI-2016-10384

Oristano 07.10.2016

*Es. Ramez Bowen*



Al Resp. Servizio  
Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente [redacted] regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1217337	ACCU-CHEK INSIGHT KIT *07035799001*	1	ROCHE

Si allega la dichiarazione di scelta del Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO f.f.  
Dr.ssa Marisa Pirastu

SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna  
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
Servizio di Assistenza Riabilitativa ai Soggetti Disabili  
Distretto di ALES-TERRALBA

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783/851020-1012

ASSISTENZA INTEGRATIVA

\* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot n°: 48481 del 10/08/2016

AUTORIZZ. N.: 145 DEL 06/08/2008

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 01/08/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

Si autorizza la fornitura <sup>ANNUALE</sup> ~~mensile~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

140	* Set infusione Accu-Chek Flex Link
140	* Ago cannula Accu-Chek Flex Link
1	* Accu-Chek Link Assist Plus - cf.
2	* Accu-Chek Insight Battery Cover - cf.
3	* DexCom G4 Platinum Sensori
Annulla e sostituisce l'Autorizzazione prot.7855	
del 05/02/2016 già a Vs. mani	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento AGOSTO

Il Direttore di Distretto  
*Dott. Peppinetto Figus*



Il Funzionario Amministrativo  
*Sig.ra Patrizia Pira*

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà il paziente ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro \_\_\_\_\_

Per ricevuta \_\_\_\_\_

Autorizzazione valida fino al 31/07/2017

11 AGO 2016

SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna  
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
Servizio di Assistenza Riabilitativa ai Soggetti Disabili  
Distretto di ALES-TERRALBA

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA

 0783/851020-1012

ASSISTENZA INTEGRATIVA \* Diretta Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 48481 del 10/08/2016 AUTORIZZ. N.: 145 DEL 06/08/2008

Cognome: [REDACTED] Nome: [REDACTED] C.F.: [REDACTED]

Nato a: [REDACTED] il [REDACTED] Tel.: [REDACTED]

Residente a: [REDACTED] Recapito: [REDACTED]

Vista la prescrizione dallo specialista U.S.L. in data 01/08/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

Si autorizza la fornitura ~~in~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1	* Microinfusore per insulina
1	* DexCom G4 Platinum Starter Kit
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento AGOSTO

Il Direttore di Distretto  
*Dott. Peppinetta Figus*



Il Funzionario Amministrativo  
*Sig.ra Patrizia Pira*



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro      /      /     

Per ricevuta [REDACTED]

11 AGO 2016

# Servizio di Malattie Metaboliche e DIABETOLOGIA



- tel.0783 317298 / Infermiere 317297 / Endocrino 317284/ Dietista 317239/ Piede 317362/ Amb.gravidanza  
320075

Primario: Francesco Mastinu

Dirigenti Medici: Gianfranco Madau, Simonetta Zoccheddu, Concetta Clausi, M. Maddalena Atzeni

Inferm.P.: Giovanni Bonu (coord.), M Teresa Angius, Giuseppina Loddo, M Pina Grussu, Isabella Vidili. Dietista: M Elsa Madau.  
Podologa: Stefania Floris.

## RICHIESTA DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO IN CONTINUO DEXCOM G4

Oristano, 01/08/2016

Si certifica che il ~~.....~~ nato a ~~.....~~, residente a ~~.....~~

~~.....~~ affetto da Diabete Mellito di Tipo I ed è seguito presso questo  
Centro di Diabetologia.

Essendo il suo Diabete instabile e non controllabile, nemmeno con gli attuali schemi terapeutici, necessita di un apposito sistema per il monitoraggio glicemico in continuo.

L'utilizzo di uno strumento per il monitoraggio in continuo della glicemia consente la visualizzazione immediata dei valori glicemici e della loro dinamica temporale. Questa prerogativa, associata ad un sistema di allarmi per la ipo- e la iperglicemia, rende possibili adattamenti terapeutici e provvedimenti correttivi estemporanei, configurando quindi uno strumento prevalentemente tarato sulle esigenze del paziente stesso.<sup>1</sup>

Il ricorrente riscontro di iperglicemia al risveglio rappresenta un problema molto frequente nella comune gestione clinica del paziente con DMT1. Una efficace correzione terapeutica di questo fenomeno richiede necessariamente l'identificazione del "pattern" glicemico prevalente nelle ore notturne. In particolare occorre distinguere fra una iperglicemia sostenuta nell'arco della notte, il verificarsi di ipoglicemie inavvertite, con successivo "rebound iperglicemico", un innalzamento nelle prime ore del mattino dovuto al "fenomeno alba". A questo scopo il CGM presenta indubbi vantaggi rispetto ad un controllo intermittente con SMBG che, per quanto intensificato (con conseguente alterazione del normale rapporto sonno/veglia, disturbo per il paziente e conseguente scarsa accettazione), rischia comunque di non "centrare" le fasce orarie più significative.<sup>1</sup>

Inoltre l'uso continuativo consente di poter evidenziare le ipoglicemie asintomatiche, di ridurre gli eventi ipo e iperglicemici aumentando il tempo trascorso in normoglicemia e di

ridurre in modo significativo i valori di HbA1c. 2-10

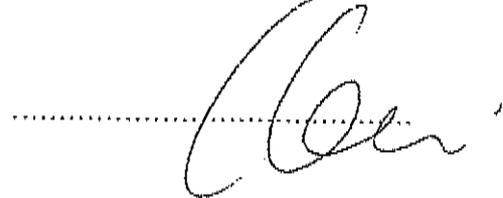
Per questo in base alle esigenze terapeutiche e al percorso educativo a cui è stato avviato il paziente, si è convenuto l'utilizzo del sistema Dexcom G4.

Si richiede pertanto l'ordine del sistema di monitoraggio in continuo DEXCOM G4 distribuito da Roche Diagnostics e relativi sensori:

07172745001      DexCom G4 Platinum Starter Kit      conf. 1  
(include 1 ricevitore e 1 trasmettitore)

06781993001      DexCom G4 Platinum Sensori      conf. 3  
(Confezione composta da n. 4 sensori e n. 4 insertori)

In fede

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. C.', written over a horizontal dotted line.

Azienda U.S.L. n. 5 - Oristano  
P.O. «San Martino»  
S.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche  
Dott.ssa Concetta Cibus

**ASL 5 ORISTANO**  
**UOC DIABETOLOGIA E MM METABOLICHE**

Terralba 01/06/2016

Si certifica che [redacted] nato [redacted], residente a [redacted] è affetta/o da diabete mellito di tipo 1 ed è seguito presso questo Centro di Diabetologia.

Essendo il suo Diabete instabile e difficilmente controllabile con gli attuali schemi di insulina terapia ad iniezioni multiple, è già portatrice di microinfusore Accu-Chek COMBO con garanzia scaduta e non più funzionante. Per questo necessita di un nuovo sistema con microinfusore personalizzabile in base alle esigenze per il paziente. In base allo stile di vita, alle esigenze terapeutiche e al percorso educativo a cui è stato avviato il paziente, si è convenuto l'utilizzo del modello Accu-Chek Insight kit.

**Accu-Chek Insight kit- Codice 07035799001**

**Accu-Chek Insight è un microinfusore per insulina dotato delle seguenti caratteristiche:**

**Velocità basale.** L'erogazione basale oraria minima è di 0,02 U/h, fino ad un massimo di 25 U/h. Sono disponibili 24 velocità basali orarie regolabili con incrementi di 0,01 unità (fino a 1,00 U/h), 0,05 (fino a 10,0 U/h) e 0,1 (fino a 50,0 U/h).

**Profilo basale.** 5 Profili basali disponibili, ognuno consente di impostare 24 fasce orarie differenti, regolabili in incrementi di 0.01 (da 0.02 a 5.00 U/h,) e di 0.1 (da 6.00 a 25.0 U/h), con intervalli di 15 minuti.

**Profilo basale temporaneo.** Variazioni in base a incrementi del 10%. Da 0 a 90% per la diminuzione, da 110% a 250% per l'aumento. La durata è regolabile in base ad incrementi di 15 minuti con una durata massima di 24 ore. L'ultima durata programmata viene memorizzata e riproposta alla successiva modifica del profilo basale temporaneo.

**Bolo.** Dispone di 4 tipologie di bolo differenti. *Bolo rapido* (erogazione immediata e discreta), *bolo standard* (erogazione immediata), *bolo prolungato* (erogazione per un periodo di tempo programmato) *bolo multiwave* (combinazione dell'erogazione immediata e prolungata per un periodo di tempo programmato).

**Velocità di erogazione del bolo.** Possibilità di scegliere la velocità di erogazione del bolo: Molto lenta (3U/min) / Lenta (6U/min) - Moderata (9U/min) /Standard (12U/min)

**Tempo intervallo Erogazione Bolo.** Possibilità di attivare una proroga di tempo da 0 a 60 minuti massimo, con incrementi di 15 minuti, prima dell'erogazione del bolo.

**Modalità pausa.** Si tratta di una modalità di funzionamento di sicurezza che si attiva se la batteria o la cartuccia viene rimossa durante l'erogazione, o a seguito di alcuni messaggi di manutenzione. La durata massima della modalità Pausa è di 15 minuti, trascorsi i quali il microinfusore entra in modalità Stop.

**Promemoria.** Possibilità di impostare un'ampia gamma di promemoria che aiutano a ricordare le operazioni per la gestione del diabete:

- Erogazione del bolo
- Controllo del bolo
- Invio dell'allarme
- Cambio del set d'infusione

**Menu.** Menu intuitivo con possibilità di impostare 3 diversi Profili utente:

- *Standard:* fornisce tutte le funzioni necessarie per una corretta terapia insulinica.
- *Espressivo:* i messaggi vengono forniti, oltre che con codice numerico sul display, con una segnalazione acustica aggiuntiva al segnale standard. Utile per utilizzatori con problemi di vista.

Servizio di Malattie Metaboliche e  
DIABETOLOGIA



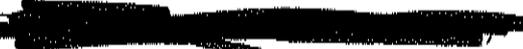
- tel.0783 317298 / Infermiere 317297 / Endocrino 317284/ Dietista 317239/ Piede 317362/ Amb.gravidanza  
320075

Primario: Francesco Mastinu

Dirigenti Medici: Gianfranco Madau, Simonetta Zoccheddu, Concetta Clausi, M. Maddalena Alzeni

Inferm.P.: Giovanni Bonu (coord.), M Teresa Angius, Giuseppina Laddo, M Pina Grussu, Isabella Vidili. Dietista: M Elsa Madau.  
Podologa: Stefania Floris.

Oristano 01/08/2016

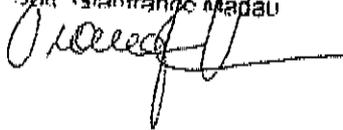
Richiesta microinfusore per il Sig. 

Di seguito le caratteristiche distintive del microinfusore Accu-Chek Insight per le quali  
si fa dichiarazione di scelta

- 1) Utilizzo di Cartuccia preriempita di insulina
- 2) Possibilità di regolare la velocità di erogazione del bolo in 4 modalità.
- 3) Controllo remoto del microinfusore dal glucometro

*si approva*

ASL Oristano  
P.O. "San Martino"  
S.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo  
Dott. Gianfranco Madau



Azienda U.S.L. n. 5 - Oristano  
P.O. "San Martino"  
S.O. Diabetologia e Malattie Metaboliche  
Dott.ssa Concetta Clausi

1.8.2016

Quart. 01<sup>2</sup> Pire

come da eccepi presi, le info  
e relative fu il microprocesso di:

~~XXXXXXXXXX~~ ~~XXXXXX~~ (tel ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~)

Jorio



Aspirante U.S.I. n. 3 - Cristiano  
P.O. «San Martino»  
S.C. Diabetologia e Metaboliche  
Dr ssa Concetta Clausi

Codice 06478018001 (catetere da 70 cm)  
Codice 06477992001 (catetere da 100 cm)

Codice 06477950001 (catetere da 70 cm)  
Codice 06477933001 (catetere da 100 cm)

---

**Ago cannula Accu-Chek FlexLink**

**confezioni 14**

Confezioni composte da 10 set singoli (ogni set contiene n. 1 ago cannula).

Ago cannula in teflon 6/8/10 mm (angolo di inserimento 90°).

Conf.ni con Ago da 6 mm

Codice 06541801001 (aghi cannula 6 mm)

Conf.ni con Ago da 8 mm

Codice 06541810001 (aghi cannula 8 mm)

Conf.ni con Ago da 10 mm

Codice 06541798001 (aghi cannula 10 mm)

---

**Accu-Chek LinkAssist Plus**

**confezioni 1**

Codice 05511097001 (quantità: 1 pz)

In fede

*Madau*  
ASLURISTANO  
P.O. "San Martino"  
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo  
Dot. Gianfranco Madau  
*Madau*

*Clavari*  
Azienda U.S.L. n. 5 - Grigiano  
P.O. «San Martino»  
U.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche  
Dr.ssa Concetta Clavari



**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**  
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano

Prot. n. NP-2016-10760

Oristano 13-10-2016

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato	
18 OTT 2016	
Arrivato il _____	del _____
Prot. N. _____	_____

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

SEDE

*G. M. Zucca*  
 18/10/2016  
*R.R.*

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente XXXXXXXXXX regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
da codificare	MICROINFUSORE ANIMAS VIBE Free Style Libre cod. art. 114-511-04-FSL colore nero	1	MEDICAL
da codificare	COMBO KIT PER MICROINFUSORE INSULINA ANIMAS cod. CKV3FLO606B	4	MEDICAL

Distinti saluti.

IL DIRETTORE f.f.  
 FARMACIA TERRITORIALE  
 Dr.ssa Marisa Pirastu

*Marisa Pirastu*

**SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO**  
*Servizio Materno Infantile*  
*Distretto di Oristano*

**UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA**



**0783 / 317702**

ASSISTENZA INTEGRATIVA

\* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

**Paziente portatore di menomazione funzionale permanente**

Prot. n°: 55638 del 23/09/2016

AUTORIZZ. N.: 3696

DEL 25/01/2007

Cognome: [redacted] Nome: [redacted] C.F. [redacted]

Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]

Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 07/09/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

**Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale**

N° Presidio Autorizzato

1	* Microinfusore per insulina ANIMAS VIBE
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

Mese di riferimento: **SETTEMBRE**

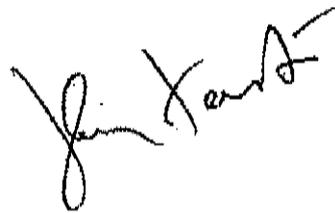
Il Direttore del Distretto 

Il Funzionario Amministrativo 

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria nel presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso e contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro 12, 10, 2016

Per ricevuta 



SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna  
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
Servizio Materno Infantile  
Distretto di Oristano

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA \* Diretta Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 55638 del 23/09/2016 AUTORIZZ. N.: 3696 DEL 25/01/2007

Cognome: [redacted] Nome: [redacted] C.F.: [redacted]  
Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]  
Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 07/09/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

*Anna Maria Le*

Si autorizza la fornitura ~~esente~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

3	* COMBO KIT
1	* COMBO KIT
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento SETTEMBRE

Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà il titolare ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria. Il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso al presidio autorizzato alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro 10/10/2016

Per ricevuto [redacted]

Autorizzazione valida 07/09/2016

*[Handwritten signature]*

Spett.le

A.S.L. n. 5  
ORISTANO

CASA DI CURA  
MADONNA DEL RIMEDIO  
- CENTRO ANTIDIABETICO -  
Via Bruneteseori, 35 - ORISTANO  
Tel: 0783 7709120 - Fax 0783 72496

OGGETTO: Richiesta RINNOVO fornitura in prestito d'uso di Microinfusore per la Terapia Insulinica e relativo materiale di consumo

Microinfusore Animas Vibe con FreeStyle Libre Cod. \_114-511-04-FSL\_ COLORE NERO

Il/ La Paziente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il/ \_\_\_\_\_ e abitante a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ (Codice fiscale  
\_\_\_\_\_ Codice regionale \_\_\_\_\_) è  
portat \_\_\_\_\_ di diabete mellito dal \_\_\_\_\_

Il Microinfusore Animas Vibe associato al FreeStyle Libre, sistema di monitoraggio flash delle glicemie che attraverso l'utilizzo di un piccolo sensore misura le glicemie con una rapida scansione, ha consentito il raggiungimento di uno stato di compenso metabolico soddisfacente soprattutto in considerazione della marcata variabilità nei profili glicemici abituali del paziente.

Tale sistema offre al paziente, opportunamente istruito in tal senso, la possibilità di effettuare correzioni della terapia insulinica sia con boli correttivi nel caso di iperglicemia che con sospensioni o riduzioni dell'infusione basale in caso di valori tendenti all'ipoglicemia.

Il nostro centro propone pertanto tale approccio in casi selezionati di pazienti con Diabete Tipo I, caratterizzati da scompenso glicemico e instabilità delle glicemie.

In considerazione della stabilizzazione dei profili glicemici ottenuta durante il periodo di prova, con la presente si conferma per il Sig. \_\_\_\_\_ l'indicazione ad impostare una terapia insulinica tramite il suddetto Microinfusore associato al FreeStyle Libre, al fine di mantenere i benefici clinici raggiunti fino ad ora.

Il microinfusore Animas Vibe è un Dispositivo Medico che per caratteristiche tecniche assicura al paziente un uso sicuro, versatile ed idoneo atto a migliorare il compenso glicemico e la qualità di vita.

Riassumendo le caratteristiche del microinfusore, Animas Vibe permette di:

- \* avere una visione chiara del display a colori autoilluminante grazie alla tecnologia avanzata OLED del display a cristalli liquidi anche in ambienti poco luminosi o bui e specialmente per pazienti con difficoltà visive
- \* impostare fino a 10 diversi livelli di contrasto luminoso del display
- \* gestire in modo semplice tutte le funzioni attraverso un menu guidato in lingua italiana
- \* somministrare in modo preciso e continuativo nell'arco delle 24 ore un'infusione basale con incrementi minimi pari a 0,025 Unità di Insulina/Ora
- \* differenziare in modo dinamico l'infusione basale oraria fino a 12 volte nelle 24 ore

- utilizzare 4 diversi programmi basali secondo le diverse esigenze di vita (feriale, week-end, esercizi, altri)
- personalizzare l'infusione basale oraria attraverso una modifica temporanea in caso di un aumento del fabbisogno insulinico per eventi stressanti (febbre, infezioni) o di diminuzione del fabbisogno insulinico per aumentata attività fisica o ridotta alimentazione;
- sospendere in qualunque momento l'infusione basale
- somministrare boli di insulina con incrementi minimi pari a 0,05 Unità
- somministrare boli di insulina senza guardare il display attraverso conferme a segnali acustici
- selezionare la velocità di infusione dei boli (normale o lenta) secondo le esigenze cliniche individuali del paziente
- sospendere in qualunque momento durante l'erogazione, la somministrazione del bolo programmato
- utilizzare una lista di alimenti precaricata nel Microinfusore per permettere di gestire al meglio l'apporto di carboidrati stimati per ogni singolo pasto
- personalizzare una lista alimenti inserendo fino a 500 diversi alimenti nel Microinfusore
- comporre ogni singolo pasto con un massimo di 9 alimenti
- Differenziare in modo dinamico e fino a 12 volte nelle 24 ore:
  - Rapporto Insulina Carboidrati
  - FSI
  - Target di Glicemia
- personalizzare l'erogazione dei boli preprandiali attraverso un calcolo automatico e personalizzato della correzione dei carboidrati assunti impostato sul microinfusore
- personalizzare l'erogazione dei boli correttivi per le iperglicemie attraverso un Fattore di Sensibilità Insulinica personalizzato impostato sul microinfusore
- prevenire il rischio di ipoglicemie attraverso la funzione Insulin On Board che permette di calcolare l'insulina ancora attiva in corpo attraverso un indice personalizzato
- impostare tre diversi promemoria orari
- identificare tempestivamente possibili occlusioni attraverso una doppia impostazione di sensibilità (Alta o Normale)
- essere completamente immerso in acqua senza necessità di protezioni esterne o tappi aggiuntivi (IPX8 3,6 m per 24 ore)
- visualizzare sul display il residuo di insulina presente nella cartuccia
- impostare l'avviso del residuo di insulina presente nella cartuccia in modo individuale da 10 a 50 unità
- visualizzare sul display, in qualsiasi momento della giornata, la quantità d'insulina complessivamente infusa a partire dalla mezzanotte (infusione basale + boli)
- visualizzare sul display l'icona della batteria con l'indicazione dello stato di carica
- inserire la modalità di blocco tastiera per evitare pressioni accidentali dei tasti
- impostare i limiti di insulina erogabili (Max Basale, Max Bolo, Max Giorno)
- gestire attraverso allarmi acustici e descrittivi sul display i problemi legati a: Occlusione del Circuito, Fine Cartuccia, Prescarica della Batteria,
- mantenere i dati di programmazione e storici in memoria a tempo illimitato anche in mancanza di alimentazione
- risalire attraverso la memoria agli ultimi:
  - 500 Boli, 270 Basali, 120 Dosi Giornaliere totali, 30 Allarmi, 60 Riempiset
- scaricare i dati del microinfusore attraverso una porta infrarossi o gestirli attraverso un Software dedicato compatibile con la maggior parte dei glucometri in commercio

Riteniamo attualmente il/la paziente idoneo/a all'utilizzo di tale terapia ed i risultati clinici ci consentono di considerarla vantaggiosa oltre che per il compenso glicemico anche per il miglioramento della sua qualità di vita.

In ottemperanza alle direttive regionali, si demanda all' A.S.L. di appartenenza l'acquisto di un Microinfusore modello Animas Vibe da fornire in prestito d'uso al/alla Paziente [redacted] e la fornitura continuativa del relativo materiale d'uso (di cui si allega una previsione di fabbisogno annuale).

Il nostro servizio si impegna a garantire l'Assistenza Sanitaria e a segnalare in modo tempestivo alla A.S.L. proprietaria del microinfusore eventuali interruzioni del trattamento dovute a mutate esigenze terapeutiche o a cattiva gestione da parte della paziente o ogni inconveniente tecnico che richieda interventi di manutenzione, garantendo comunque la prosecuzione della terapia insulinica (o mediante altro apparecchio oppure con terapia tradizionale).

MICROINFUSORE PER INSULINA ANIMAS VIBE CON FREE STYLE LIBRE

114-511-04-FSL Animas Vibe con FreeStyle Libre, microinfusore per insulina Colore: Nero

Previsione di fabbisogno annuale di materiale d' uso per il microinfusore Animas Vibe con FreeStyle Libre, per il/la Sig. [redacted]

Combo KIT CAMBIO OGNI 3 GIORNI

Si precisa che quanto elencato è materiale specifico per il funzionamento del Microinfusore sopra citato e non può essere sostituito con materiale simile e che il fabbisogno è riferito alla condizione di fabbisogno insulinico attuale del/la [redacted]

Data 09/10/16

A.S.L. Oristano  
P.O. "San Martino"  
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo  
Dott. Gianfranco Madau

CASA DI CURA MADONNA DEI REMEDIO  
Dott. Sergio Cabras  
CENTRO ANTIDIABETICO  
Via Brunelleschi, 21 - ORISTANO  
Tel. 0783 7709190 - Fax 0783 724493

CASA DI CURA  
MADONNA DEL RIMEDIO  
CENTRO ANTIDIABETICO  
Via Brunelleschi, 35 - ORISTANO  
Tel. 0783 7709190 - Fax 0783 72466

**MICROINFUSORE PER INSULINA ANIMAS VIBE CON FREE STYLE LIBRE**

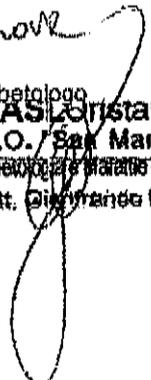
Previsione di fabbisogno annuale di materiale d' uso per il microinfusore Animas Vibe,  
per la Sig. ██████████

- N. 4 Combo Kit cod. CKV3FL0606B (Set Infusionale 60 cm - Ago Cannula - 6 mm)
  - o Una confezione Combo Kit contiene il fabbisogno per la terapia insulinica di 3 mesi:
    - N. 3 Confezioni di Set Infusionali Inset II - Colore Blu
    - N. 30 Cartucce Siringa in plastica da 200 U
    - N. 1 Cappuccio Batteria
    - N. 1 Cappuccio Cartuccia
    - N. 6 Batterie al Lilo Energizer
    - N. 6 Sensori FreeStyle Libre

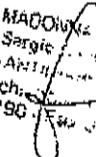
Si precisa che quanto elencato è materiale specifico per il funzionamento del Microinfusore sopra citato e non può essere sostituito con materiale similare e che il fabbisogno è riferito alla condizione di fabbisogno insulinico attuale della ██████████

Data 7/10/16

*3: aff. nov*  
 Il Diabetologo  
**ASL Oristano**  
 Dr. P.O. "San Martino"  
 U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo  
 Dott. **Cinziano Madau**



CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO  
 Dott. Sergio  
 CENTRO ANTIDIABETICO  
 Via Brunelleschi, 35 - ORISTANO  
 Tel. 0783 7709190 - Fax 0783 72466



Spettabile  
ASL N°5

Città ORISTANO

CASA DI CURA  
MADONNA DEL RIMEDIO  
CENTRO ANTIDIABETICO  
Via Brunelleschi, 35 - ORISTANO  
Tel 0783 7709190 - Fax 0783 72495

Oggetto: Microinfusore per Insulina Animas Vibe codice 100-511-04-DM

Con la presente si segnala che il Microinfusore per Insulina Animas Mod. ANIMAS VIBE \_\_\_\_\_ riportato in oggetto, acquistato dalla Vostra Spettabile ASL in data 22/06/2012 ed affidato all'assistito \_\_\_\_\_ risulta essere guasto e non riparabile dal Produttore Animas Corporation USA.

Essendo il Microinfusore sopra citato oltre il periodo di garanzia di 4 anni come dichiarato dal Certificato di Garanzia del Produttore, proponiamo un aggiornamento tecnologico del Microinfusore con un Microinfusore di nuova generazione Animas VIBE FSL.

Luogo e data  
Oristano 16/06

CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO  
Dott. Sergio Sabatini  
CENTRO ANTIDIABETICO  
Via Brunelleschi, 35 - ORISTANO  
Tel 0783 7709190 - Fax 0783 72495

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	22797
Descrizione	MyLife OmniPod Starter Kit cod. 16301-5K
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	20/10/2016 13:45
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	26/10/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/11/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	YPSOMED ITALIA S.R.L.
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - P.O. San Martino - Via Rockfeller - 09170 Oristano
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEMA TECNICA 1 DI 1	
Nome Scheda Tecnica	MyLife OmniPod Starter Kit cod. 16301-5K
Quantità	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore suggerito	MYLIFE OMNIPOD
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	16301-5K
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore suggerito	STARTER KIT
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	1393,50
5	*Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	PEZZO
6	*Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	*Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Valore suggerito	Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Valore suggerito	BATTERIE ALCALINE AAA
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/ versione	Tecnico	Valore suggerito	2014
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore suggerito	6,2X11,3X2,5
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASEALE	Tecnico	Valore suggerito	15/360
13	*Schermo	Tecnico	Valore suggerito	COLORI
14	*Bolo	Tecnico	Valore suggerito	PROGRAMMABILE E A RICHIESTA
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Valore suggerito	DA 26 A 50
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore suggerito	NO
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore suggerito	1/20 – 3 MINUTI
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore suggerito	DA 0,05 A 50
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Valore suggerito	BLUETOOTH
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASEALE	Tecnico	Valore suggerito	OLTRE 25
21	*Peso (g)	Tecnico	Valore suggerito	110

**DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA**

Descrizione	Nome file
Lettera d'Invito	Invito Ypsomed.pdf

**RICHIESTE AL FORNITORE**

Descrizione	Firmato digitalmente
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	Si

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	30928
Descrizione	Microinfusore Animas Vibe Free Style + Combo Kit
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	20/10/2016 13:44
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	26/10/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/11/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	MEDICAL S.P.A.
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - P.O. San Martino - Via Rockfeller - 09170 ORISTANO (OR) Aliquota IVA di fatturazione: 4%
Dati e Aliquote di Fatturazione	Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEDA TECNICA 1 DI 2	
Nome Scheda Tecnica	Microinfusore Animas Vibe Free Style Libre 114-511-04-FSL - NERO
Quantità	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	*Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	Animas
2	*Codice articolo produttore	Tecnico	Valore unico ammesso	114-511-04-FSL
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore unico ammesso	Animas Vibe Free Style Libre NERO
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	6000
5	*Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• PEZZO
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	*Tipo contratto	Tecnico	Lista di scelte	• ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Nessuna regola	
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASEALE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• 15/120</li> <li>• 15/360</li> <li>• 15/720</li> <li>• 30/1440</li> </ul>
13	*Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MONOCROMATICO</li> <li>• COLORI</li> </ul>
14	*Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A RICHIESTA</li> <li>• PROGRAMMABILE</li> <li>• PROGRAMMABILE E A RICHIESTA</li> </ul>
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FINO A 25</li> <li>• DA 26 A 50</li> <li>• OLTRE 51</li> </ul>
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• SI</li> </ul>
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/20 – 3 MINUTI</li> <li>• 1/15 – 4 MINUTI</li> <li>• 1/10 – 6 MINUTI</li> </ul>
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DA 0</li> <li>• 05 A 50</li> <li>• DA 0</li> <li>• 05 A 60</li> <li>• DA 0</li> <li>• 025 A 25</li> </ul>
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INFRAROSSI</li> <li>• BLUETOOTH</li> <li>• INFRAROSSI E BLUETOOTH</li> </ul>
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASEALE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FINO A 12</li> <li>• DA 13 A 18</li> <li>• DA 19 A 24</li> <li>• OLTRE 25</li> </ul>

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
21	*Peso (g)	Tecnico	Nessuna regola	

**SCHEDA TECNICA 2 DI 2**

<b>Nome Scheda Tecnica</b>	Combo Kit per microinfusore Animas Vibe Free Style Libre 114-511-04-FSL
<b>Quantità</b>	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	*Marca	Tecnico	Valore suggerito	Animas
2	*Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	CKV3FL0606B
3	*NOME COMMERCIALE DELLA CARTUCCIA E KIT DI INFUSIONE PER MICROINFUSORI ELETTRONICI DI INSULINA	Tecnico	Valore suggerito	Combo Kit per Microinfusore Animas Vibe Free Style Libre
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	1480
5	*Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• PEZZO
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	*Tipo contratto	Tecnico	Lista di scelte	• ACQUISTO
8	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
9	*Latex free	Tecnico	Lista di scelte	• NO • SI
10	*Rilascio ftalati	Tecnico	Lista di scelte	• NO • SI
11	*Tipo	Tecnico	Lista di scelte	• SOLO CARTUCCIA • CARTUCCIA + CATETERE + AGO CANNULA • CATETERE + AGO CANNULA
12	*Contenuto cartuccia [U,I]	Tecnico	Lista di scelte	• NO • 315 • 300 • 275 • 250
13	*Microinfusore compatibile	Tecnico	Nessuna regola	
14	*Uso gratuito di un microinfusore	Tecnico	Lista di scelte	• NO • SI
15	*LUNGHEZZA CATETERE [CM]	Tecnico	Lista di scelte	• NO • 30 • 45 • 60 • 75 • 90 • 105 •

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
15	*LUNGHEZZA CATETERE [CM]	Tecnico	Lista di scelte	120
16	*NUMERO CARTUCCE PER MICROINFUSORE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• 100</li> <li>• 150</li> </ul>
17	*Tipo cannula	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• RETTA</li> <li>• ANGOLATA 30°</li> <li>• ANGOLATA 45°</li> <li>• ANGOLATA 90°</li> </ul>

#### DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA

Descrizione	Nome file
Lettera d'Invito	Invito Medical.pdf

#### RICHIESTE AL FORNITORE

Descrizione	Firmato digitalmente
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	Si
Scheda tecnica del prodotto offerto (microinfusore)	Si
Scheda tecnica del prodotto offerto (Combo Kit)	Si
ogni documentazione e certificazione dalla quale si evidenzi che quanto offerto è conforme alle disposizioni di Leggi vigenti ed alle norme UE;	Si
Precisazione termini di garanzia e condizioni di assistenza.	Si

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	30946
Descrizione	Minimed 640 G Nero
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	20/10/2016 13:43
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	26/10/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/11/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	MEDTRONIC ITALIA
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockfeller - 09170 ORISTANO
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEDA TECNICA 1 DI 1	
Nome Scheda Tecnica	Minimed 640G Nero
Quantità	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	MEDTRONIC
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore unico ammesso	BNIT1752BLKCGM
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore suggerito	SISTEMA INTEGRATO MINIMED 640G SMARTGUARD KIT 3,0 ML NERO
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	5791,50
5	*Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	PEZZO
6	*Descrizione tecnica	Tecnico	Valore suggerito	SISTEMA INTEGRATO (INFUSIONE INSULINA E MONITORAGGIO GLUCOSIO), SOSPENSIONE PREDITTIVA IN IPOGLICEMIA, TRASMETTITORE E GLUCOMETRO/TELECOMANDO BOLI
7	*Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Valore suggerito	Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Valore suggerito	1 BATTERIA ALCALINA AA NON RICARICABILE O 1 BATTERIA AL LITIO AA NON RICARICABILE O 1 BATTERIA NIMH AA RICARICABILE
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore suggerito	2015
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore suggerito	96X53X24,4
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	Tecnico	Valore suggerito	30/1440
13	*Schermo	Tecnico	Valore suggerito	COLORI
14	*Bolo	Tecnico	Valore suggerito	PROGRAMMABILE E A RICHIESTA
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Valore suggerito	OLTRE 51
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore suggerito	SI
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore suggerito	1/20 – 3 MINUTI
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore suggerito	DA 0,025 A 25
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Valore suggerito	BLUETOOTH
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	Tecnico	Valore suggerito	OLTRE 25
21	*Peso (g)	Tecnico	Valore suggerito	95

<b>DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA</b>	
<b>Descrizione</b>	<b>Nome file</b>
Lettera d'invito	Invito Medtronic.pdf

<b>RICHIESTE AL FORNITORE</b>	
<b>Descrizione</b>	<b>Firmato digitalmente</b>
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	Si

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	32011
Descrizione	Microinfusore Accu Chek Insight Kit + 2 Dexcom G4 Starter kit RT
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	20/10/2016 13:32
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	26/10/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/11/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	ROCHE DIABETES CARE ITALY
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - P.O. San Martino - Via Rockfeller - 09170 ORISTANO
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEDA TECNICA 1 DI 2	
Nome Scheda Tecnica	Microinfusore Accu Chek Insight Kit 07035799001
Quantità	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	*Marca	Tecnico	Valore suggerito	ROCHE
2	*Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	07035799001
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore suggerito	Accu Chek Insight kit
4	*Prezzo	Economico	Valore minimo ammesso	5460
5	*Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• PEZZO
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	*Tipo contratto	Tecnico	Lista di scelte	• ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Nessuna regola	
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• 15/120</li> <li>• 15/360</li> <li>• 15/720</li> <li>• 30/1440</li> </ul>
13	*Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MONOCROMATICO</li> <li>• COLORI</li> </ul>
14	*Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A RICHIESTA</li> <li>• PROGRAMMABILE</li> <li>• PROGRAMMABILE E A RICHIESTA</li> </ul>
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FINO A 25</li> <li>• DA 26 A 50</li> <li>• OLTRE 51</li> </ul>
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• SI</li> </ul>
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/20 – 3 MINUTI</li> <li>• 1/15 – 4 MINUTI</li> <li>• 1/10 – 6 MINUTI</li> </ul>
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DA 0</li> <li>• 05 A 50</li> <li>• DA 0</li> <li>• 05 A 60</li> <li>• DA 0</li> <li>• 025 A 25</li> </ul>
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INFRAROSSI</li> <li>• BLUETOOTH</li> <li>• INFRAROSSI E BLUETOOTH</li> </ul>
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FINO A 12</li> <li>• DA 13 A 18</li> <li>• DA 19 A 24</li> <li>• OLTRE 25</li> </ul>
21	*Peso (g)	Tecnico	Nessuna regola	

**SCHEDA TECNICA 2 DI 2**

<b>Nome Scheda Tecnica</b>	Dexcom G4 Starter Kit RT *07172745001*
<b>Quantità</b>	2

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore suggerito	DEXCOM
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	STK-GL-013STT-GL-004
3	*NOME COMMERCIALE DELL'HOLTER GLICEMICO	Tecnico	Valore suggerito	DEXCOM G4 PLATINUM STARTER KIT (INCL. 1 RICEVITORE 1 TRASMETTITORE)
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	1095
5	*Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	PEZZO
6	*Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	ACQUISTO

**DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA**

Descrizione	Nome file
Lettera d'Invito	Invito Roche.pdf

**RICHIESTE AL FORNITORE**

Descrizione	Firmato digitalmente
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	SI

Mercato Elettronico della P.A.  
 Trattativa con un unico Operatore Economico

OFFERTA RELATIVA A:	
Numero Trattativa	22797
Descrizione	MyLife OmniPod Starter Kit cod. 16301-5K
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE	
Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
FORNITORE	
Ragione Sociale	YPSOMED ITALIA S.R.L.
Partita IVA Impresa	08438570965
Codice Fiscale Impresa	08438570965
Indirizzo Sede Legale	VIA SANTA CROCE 7 21100 VARESE (VA)
Telefono / Fax	03321890607 / 03321890605
PEC Registro Imprese	YPSOMED.ITALIA@PEC.IT
Tipologia impresa	Società a Responsabilità Limitata
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	MI-2026109
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	28/11/2013 00:00
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	MI
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	19345725/25 / MILANO MAZZINI
INPS: Matricola aziendale	8713677421

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	21923608/14
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	
CCNL applicato / Settore	COMMERCIO E TERZIARIO CONF. COMMERCIO / COMMERCIO
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
DATI DELL'OFFERTA	
Identificativo univoco dell'offerta	13525
Offerta sottoscritta da	PETER HAAG
Email di contatto	INFO@YPSOMED.IT
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/11/2016 18:00
OGGETTO (1 di 1)	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
PARAMETRO	VALORE OFFERTO
Marca	mylife OmniPod
Codice articolo produttore	16301-5k
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	Starter Kit
Prezzo	1393,50
Unità di misura	PEZZO
Descrizione tecnica	mylife™ OmniPod® è un microinfusore per insulina innovativo e semplice, che non necessita di catetere.
Tipo contratto	ACQUISTO
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	Da 0,05 a 50
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	oltre 25
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	15/360
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h –	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	da 26 a 50
Schermo	Colori
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	6,2X11,3X2,5
Peso (g)	110

Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	batterie alcaline AAA
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	1.393,50 EURO
I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a <b>EURO 0,00</b>	

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - P.O. San Martino - Via Rockefeller - 09170 Oristano
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

#### Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinante in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinante, obbligandosi, in caso di accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n.575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'eventuale accettazione della presente Offerta verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

- Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

**QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**

Mercato Elettronico della P.A.  
 Trattativa con un unico Operatore Economico

<b>OFFERTA RELATIVA A:</b>	
Numero Trattativa	30928
Descrizione	Microinfusore Animas Vibe Free Style + Combo Kit
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
<b>AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE</b>	
Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
<b>FORNITORE</b>	
Ragione Sociale	MEDICAL S.P.A.
Partita IVA Impresa	00268210903
Codice Fiscale Impresa	00268210903
Indirizzo Sede Legale	VIALE PORTO TORRES, 64 07100 SASSARI (SS)
Telefono / Fax	0792675033 / 0792675042
PEC Registro Imprese	INFO@MEDICALSPA.IT
Tipologia impresa	Società per Azioni
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	00268210903
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	19/02/1996 00:00
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	SS
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	3330279 / SASSARI
INPS: Matricola aziendale	7301364040

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	91231938-92213083-87061705-06102393
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	
CCNL applicato / Settore	COMMERCIO / AZIENDE DEL TERZIARIO
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
<b>DATI DELL'OFFERTA</b>	
Identificativo univoco dell'offerta	12235
Offerta sottoscritta da	ANGELINO MASALA
Email di contatto	INFO@MEDICALSPA.IT
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/11/2016 18:00
<b>OGGETTO (1 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	Animas
Codice articolo produttore	114-511-04-FSL
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	Animas Vibe Free Style Libre NERO
Prezzo	6000,00
Unità di misura	PEZZO
Descrizione tecnica	Apparecchio infusore (microinfusore) per la somministrazione programmata in continuo di insulina per via sottocutanea.
Tipo contratto	ACQUISTO
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato	2011
Range min /max infusione basale [UI/h]	DA 0,025 A 25
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	FINO A 12
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	30/1440
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h -	1/20 - 3 MINUTI
Bolo	A RICHIESTA
Bolo max [UI]	DA 26 A 50
Schermo	COLORI
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	826x508x218
Peso (g)	105

Trasmissione dati	INFRAROSSI
Alimentazione	Batteria AA litio ultimate Energizer (1,5V) (raccomandato) oppure AA alcalina E91 Energizer (1,5V) (opzionale)
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
<b>OGGETTO (2 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Descrizione tecnica	COMBO KIT: 30 cartucce da 200 u; 30 Inset II con inserzione a 90°; 4 batterie al litio; 6 sensori Freestyle Libre; Tappi
Tipo contratto	ACQUISTO
Tipo	CARTUCCIA + CATETERE + AGO CANNULA
Microinfusore compatibile	ANIMAS VIBE FREE STYLE LIBRE
Contenuto cartuccia [U,I.]	250
LUNGHEZZA CATETERE [CM]	60
Tipo cannula	RETTA
Latex free	SI
Rilascio inalati	NO
Uso gratuito di un microinfusore	NO
NUMERO CARTUCCE PER MICROINFUSORE	100
Codice CND	N.A.
Marca	ANIMAS
Codice articolo produttore	CKV3FL0606B
NOME COMMERCIALE DELLA CARTUCCIA E	Combo kit per microinfusore Animas Vibe FreeStyleLibre
Prezzo	1480,00
Unità di misura	PEZZO
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	7.480,00 EURO
I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a <b>EURO 75,00</b>	

INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE	
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - P.O. San Martino - Via Rockefeller - 09170 ORISTANO (OR)
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (art. 33, 37, 38, 39).</li> <li>■ Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").</li> <li>■ Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinante in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinante, obbligandosi, in caso di accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.</li> <li>■ Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;</li> <li>■ Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n.575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3giugno 1998;</li> <li>■ Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;</li> <li>■ Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'eventuale accettazione della presente Offerta verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.</li> <li>■ Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.</li> </ul>

**QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**

Mercato Elettronico della P.A.  
 Trattativa con un unico Operatore Economico

<b>OFFERTA RELATIVA A:</b>	
Numero Trattativa	30946
Descrizione	Minimed 640 G Nero
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
<b>AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE</b>	
Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
<b>FORNITORE</b>	
Ragione Sociale	MEDTRONIC ITALIA
Partita IVA Impresa	09238800156
Codice Fiscale Impresa	09238800156
Indirizzo Sede Legale	VIA VARESINA, 162 20156 MILANO (MI)
Telefono / Fax	02241371 / 02241381
PEC Registro Imprese	MEDTRONICITALIA.GARE@LEGALMAIL.IT
Tipologia impresa	Società per Azioni
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	09238800156
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	19/02/1996 00:00
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	MI
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	5676123 / MILANO
INPS: Matricola aziendale	4934942188

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	37288162/18 37298079/90 37294171/60
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	MEDTRONICITALIA.GARE@LEGALMAIL.IT
CCNL applicato / Settore	COMMERCIO / DEVICE MEDICALI
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
<b>DATI DELL'OFFERTA</b>	
Identificativo univoco dell'offerta	12887
Offerta sottoscritta da	PATRIZIA ZARANTONIELLO
Email di contatto	GARE@MEDTRONIC.COM
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/11/2016 18:00
<b>OGGETTO (1 di 1)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	MEDTRONIC
Codice articolo produttore	BNIT1752BLKCGM
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Nero
Prezzo	5791,50
Unità di misura	PEZZO
Descrizione tecnica	Sistema integrato (infusione insulina e monitoraggio glucosio), sospensione predittiva in ipoglicemia, trasmettitore e glucometro/telecomando boli
Tipo contratto	ACQUISTO
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato	2015
Range min /max infusione basale [UI/h]	da 0,025 a 25
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	oltre 25
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	30/1440
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h -	1/20 - 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	oltre 51
Schermo	Colori
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	96x53x24,4
Peso (g)	95

Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	1 batteria alcalina AA non ricaricabile o 1 batteria al litio AA non ricaricabile o 1 batteria NiMH AA ricaricabile
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	SI
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	5.791,50 EURO
I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a <b>EURO 0,00</b>	

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - 09170 ORISTANO
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

#### Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinate dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinate in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinate, obbligandosi, in caso di accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n.575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3 giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'eventuale accettazione della presente Offerta verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

- Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

**QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**

Mercato Elettronico della P.A.

Trattativa con un unico Operatore Economico

<b>OFFERTA RELATIVA A:</b>	
Numero Trattativa	32011
Descrizione	Microinfusore Accu Chek Insight Kit + 2 Dexcom G4 Starter kit RT
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
<b>AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE</b>	
Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
<b>FORNITORE</b>	
Ragione Sociale	ROCHE DIABETES CARE ITALY
Partita IVA Impresa	09050810960
Codice Fiscale Impresa	09050810960
Indirizzo Sede Legale	VIALE G.B. STUCCHI, 110 20900 MONZA (MB)
Telefono / Fax	0392817200 / 0392817292
PEC Registro Imprese	ROCHEDIABETES CARE@ROCHE.LEGALMAIL.IT
Tipologia impresa	Società per Azioni
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	09050810960
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	MB
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	19801258/68 / MONZA
INPS: Matricola aziendale	4983651299

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	22636442/36
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	
CCNL applicato / Settore	CHIMICO-FARMACEUTICO / FARMACEUTICO
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
<b>DATI DELL'OFFERTA</b>	
Identificativo univoco dell'offerta	13600
Offerta sottoscritta da	MASSIMO BALESTRI
Email di contatto	MONZA.DC-GARE@ROCHE.COM
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/11/2016 18:00
<b>OGGETTO (1 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	Accu-Chek
Codice articolo produttore	07035799001
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	Accu-Chek Insight Kit
Prezzo	5460,00
Unità di misura	PEZZO
Descrizione tecnica	
Tipo contratto	ACQUISTO
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	DA 0,05 A 60
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	OLTRE 25
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	15/120
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h –	1/20 – 3 MINUTI
Bolo	PROGRAMMABILE E A RICHIESTA
Bolo max [UI]	OLTRE 51
Schermo	COLORI
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	75x52x16
Peso (g)	99

Trasmissione dati	BLUETOOTH
Alimentazione	vedi scheda tecnica
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	SI
<b>OGGETTO (2 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Holter glicemici
Quantità richiesta	2
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	
Codice articolo produttore	
NOME COMMERCIALE DELL'HOLTER	Dexcom G4 Starter Kit
Prezzo	1095,00
Unità di misura	PEZZO
Tipo contratto	ACQUISTO
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	7.650,00 EURO
I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a <b>EURO 30,60</b>	

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - P.O. San Martino - Via Rockefeller - 09170 ORISTANO
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

#### Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinante in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinante, obbligandosi, in caso di accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.

- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n.575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3 giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'eventuale accettazione della presente Offerta verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.
- Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

**QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**