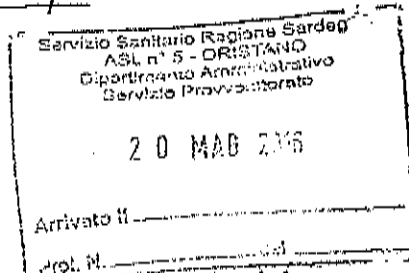




ASL Oristano

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

Prot. n. NP/2016/5377Oristano 20-05-16

Al Resp. Servizio
 Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

A rettifica della richiesta prot. 4097 del 18-04-2016, si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente ~~██████████~~ e regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1226970	MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD STARTER KIT *16301-5K*	1	MEDICAL

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

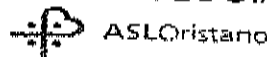
Distinti saluti.

G. H. Zaven
 20/5/2016

IL DIRETTORE I.F.
 FARMACIA TERRITORIALE
 Dr.ssa Marisa Pirastu

Allegato n° 1 alla deliberazione
 N° _____ del _____
 Composto di n° 48 fogli.

Servizio di Malattie Metaboliche e DIABETOLOGIA



- tel.0783 317298 / Infermiere 317297 / Endocrino 317284/ Dietista 317239/ Piede 317362/ Amb.gravidanze 320076
Primario: Francesco Mastinu

Dirigenti Medici: Gianfranco Madau, Simonella Zoccherdu, Concetta Clausi, M. Maddalena Atzeni
Inferm.P.: Giovanni Bonu (coord.), M Teresa Angius, Giuseppina Laddo, M Pina Grusso, Isabella Vidili. Dietista: M Elsa Madau.
Podologa: Stefania Floris.

Al servizio Farmaceutico ASL 5 di ORISTANO

Si certifica che il/la signor/ra [redacted] nata a [redacted] e residente a [redacted] C.F. [redacted] è affetta da diabete mellito di tipo I 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 MylifeTM OmniPod[®].

MylifeTM OmniPod[®] 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.)

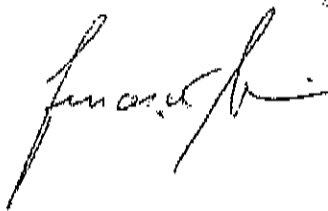
MylifeTM OmniPod[®] è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere con vantaggi dimostrati clinici e sulla qualità della vita. La non-interruzione della basale (ad esempio per fare sport, lavarsi o fare il bagno) ha vantaggi clinicamente significativi. L'assenza del catetere migliora in maniera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

Si richiede pertanto l'acquisto di:

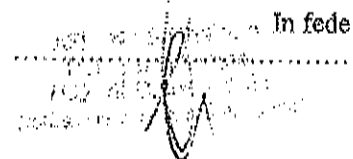
N° 1 mylifeTM OmniPod[®] Starter Kit cod. art. 16301-5K N° CND: 1204021601
Identificativo BD/ RDM: 1126848/R

N° 14/anno mylifeTM OmniPod[®] 10 Pack cod. art. 14810 N°
CND: 1204021601 Identificativo BD/ RDM: 1128300/R

Oristano 17/03/2016



Stampa illeggibile

In fede


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 al Sig. /Sig.ra [REDACTED]

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

del MICROINFUSORE: ~~Animas Vibe Cod. 112-510-04-G~~

MY LIFE OMNIPOD STAR ER KIT

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:

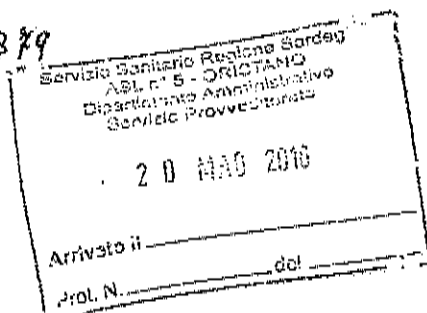
1. microinfusore per insulina a gestione innovativa e semplice, che non necessita di catetere di collegamento. E' l'unico sistema di seconda generazione senza catetere con vantaggi dimostrati clinici e sulla qualità della vita
2. La non-interruzione della basale (ad esempio per fare sport, lavarsi o fare il bagno) ha vantaggi clinicamente significativi per la migliore compliance della paziente
3. Il Pod ha una durata massima di 3 giorni consentendo un cambio obbligato del sistema per evitare peggioramento del controllo glicemico legato all'eccessivo effetto di cristallizzazione dell'insulina nel catetere che ne rende meno efficace la somministrazione.

[Handwritten signature]
P.O. San Martino
U.O. di Diabetologia
Il Sig. /Sig.ra
Dott.ssa Maria Maddalena Atzeni

[Handwritten notes]
la



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano
Prot. n. NP/2016/5379Oristano 20/5/16Al Resp. Servizio
ProvveditoratoSEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

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

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

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

G. Marco Zucchi
20/5/2016
RM

 IL DIRETTORE I.F.
 FARMACIA TERRITORIALE
 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°: 17099 del 17/03/2016

AUTORIZZ. N.: 215 DEL 21/10/2009

Cognome: _____ Nome: _____ C.F.: _____

Nato a: _____ il _____ Tel.: _____

Residente a: _____ Recapito: _____

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 04/03/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

Si autorizza la fornitura ^{ANNUALE} del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

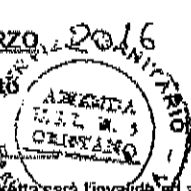
1	DexCom G4 Platinum Starter Kit
0	
0	
0	
0	
0	
0	

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento MARZO 2016

Il Direttore di Distretto
Dott. Peppinetta Fias



Il Funzionario Amministrativo
Sig.ra Patrizia Riva

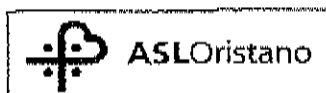
N.B. Nel caso di Assistenza Inadempita sarà l'invalide ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e inoltrarla al suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato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

Data Ritiro 31 MAR 2016

Per ricevuta Dadele Orzari

Autorizzazione valida fino al 03/03/2017

h
24 MAR 2016



Procedura amministrativa per la prescrizione di un Sistema di monitoraggio glicemico, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie 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**.

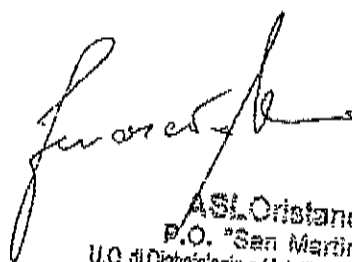
Prescrizione alla Signora ██████████ nata ██████████

del sistema di monitoraggio glicemico DexCom G4 Platinum Starter Kit

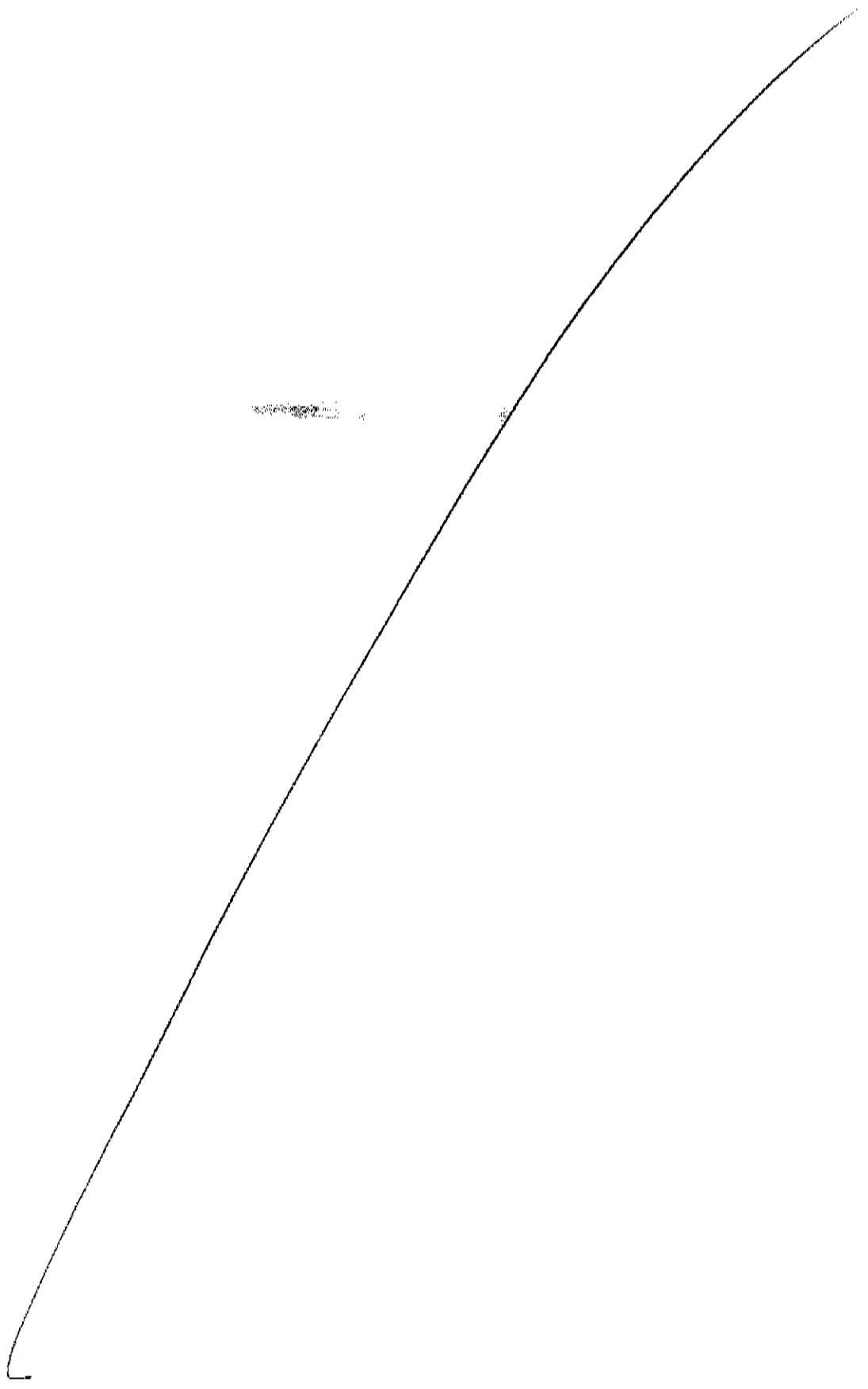
Si indicano di seguito le caratteristiche uniche del prodotto, importanti per l'utente, non presenti in altri prodotti simili del mercato, che ne determinano la scelta:

1. Sensore di terza generazione con particolare sensibilità per le ipoglicemie

Oristano 20 05 2016

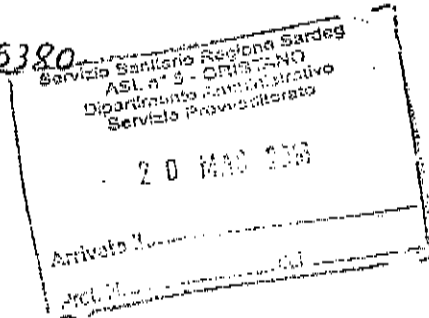


ASL Oristano
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
IL DIRETTORE
Dott. Francesco Mastinu





ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano
Prof. n. NP/2016/5380Oristano 20/5/2016Al Resp. Servizio
ProveditoratoSEDE

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
1226584	MINIMED 640G SmartGuard *BNIT1752PNKCGM* Rosa ██████████	1	MEDTRONIC

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

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

G. M. Louca
20/5/2016
FTT

20/05/16

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°: 29845 del 18/05/2016

AUTORIZZ. N. 2388 DEL 05/11/2004

Cognome: _____ Nome: _____ C.F. _____

Nato a: _____ il _____ Tel.: _____

Residente a: _____ Recapito: _____

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 05/05/2016 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Prasidio Autorizzato

1:	* Microinfusore Medtronic-MiniMed Mod 640G
0:	
0:	
0:	
0:	
0:	
0:	

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento MAGGIO

Il Direttore del Distretto

Dott. Antonio Delabona

Il Funzionario Amministrativo

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà 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 _____

Al Servizio Farmaceutico
ASL N°5

Si certifica che il/la _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in _____ C.F. _____
è affetto da diabete mellito tipo 1 ed è seguito presso questo centro.

Il paziente è in terapia con un microinfusore per insulina modello Paradigm ⁵⁵⁴, il microinfusore ha presentato un guasto, codice CA-03, ed essendo fuori garanzia è necessaria nuova prescrizione.

Pertanto si richiede l'acquisto di:

n°1 microinfusore sistema integrato Medtronic-MiniMed denominato Mod. Minimed 640G
Codice BNEE1752 PINK CGM

Tale sistema è composto dal microinfusore programmabile di insulina con rilevazione in continuo della glicemia e lettura in tempo reale sul display del microinfusore stesso. Il sistema Minimed 640G tramite un sensore sottocutaneo connesso ad un trasmettitore a radio frequenza rileva ogni 10 secondi i livelli di glucosio e li visualizza ogni cinque minuti, allertando il paziente quando i livelli diventano troppo alti o troppo bassi.

Tale sistema integrato di infusione di insulina e monitoraggio in continuo del glucosio è interfacciato direttamente sul display del microinfusore con tecnologia che consente di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione dell'infusione di insulina basale sulla base di valori di glucosio rilevati dal sensore e dei limiti impostati.

Presenta inoltre la possibilità di sospensione predittiva (pre glucosio basso) della basale tramite l'uso dello SMARTGUARD® con ripresa dinamica ed automatica della basale.

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

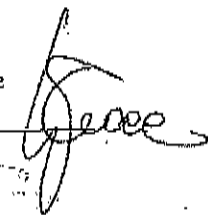
Si dichiara inoltre che è l'unica apparecchiatura a nostra conoscenza con tali caratteristiche
Il paziente per il funzionamento del sistema necessita anche dei relativi set per infusione.
Mediante il Set (catetere, serbatoio e sensore) va sostituito ogni tre giorni per cui si prevede un fabbisogno annuo pari a:

- n. 18 confezioni da 10 pz. di reservoir da 1.8 ml Mod. MMT-326a MiniMed
- n. 18 confezioni da 10 pz. di cateteri per infusione MIO Mod MMT- 923 MiniMed
- n. 4 confezioni di batterie stilo Energizer tipo AA da 1,5 V mod ACC-LR6
- n. 12 confezioni di sensori per la rilevazione in continuo della glicemia Mod. 7008B MiniMed (pari a 12 unità)

CA Data 5.5.2016

In fede

05/05/16
Povero farm. s. s.
ASL Oristano
P.O. "San Miranda"
U.O. di Diabetologia e Metabolismo
IL DIRETTORE
Dot. Francesco Maslinu


App. Oristano, 05/05/2016

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°: 27168 del 05/05/2016

AUTORIZZ. N.: 5276

DEL 28/02/2014

Cognome: _____ Nome: _____ C.F.: _____

Nato a: _____ il _____ Tel.: _____

Residente a: _____ Recapito: _____

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 27/04/2016 Dott. Zanda Giovanni

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

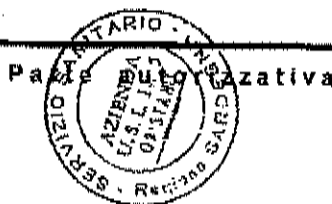
N° Presidio Autorizzato

- 1 * Microinfusora MINIMED 640G
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Mese di riferimento **MAGGIO**

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 _____

San Kera



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 BLU 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:

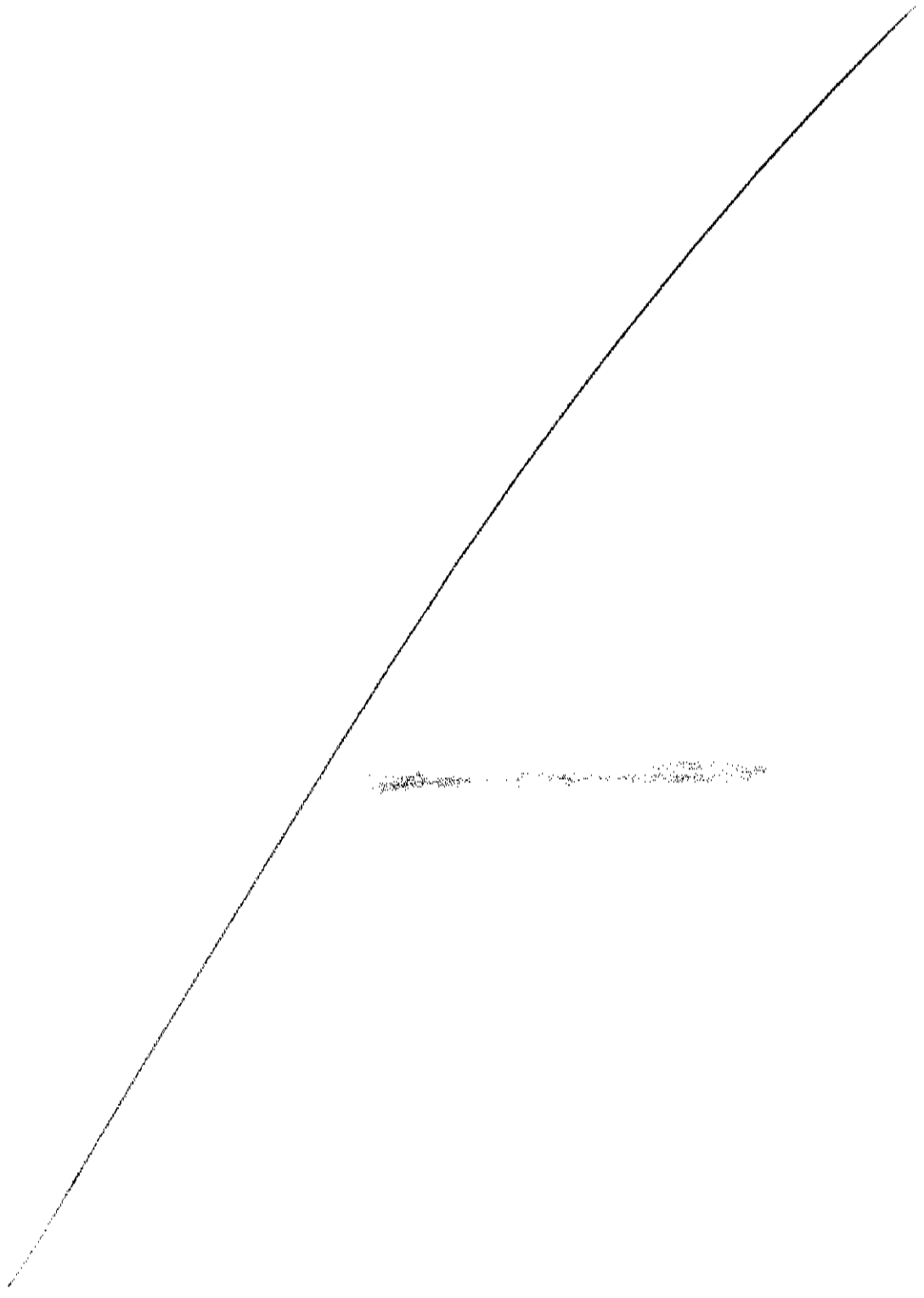
1. oltre all'arresto di sospensione automaticamente dell'infusione in caso di grave ipoglicemia, presenta la possibilità di sospensione predittiva (pre glucosio basso) della basale tramite l'uso dello SMARTGUARD° con ripresa dinamica ed automatica della basale.
2. Possibilità di impostare fino a 8 profili 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 27/04/2016

Si autorizza

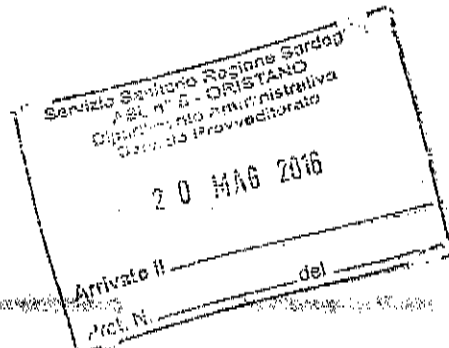
AZIENDA U.S.L. N.5 ORISTANO
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN MARTINO"
UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA E NEONATOLOGIA
Primario Dr. Giovanni Zanda

Unità Operativa di Diabetologia
Dott.ssa Luisa Mereu
U.O. Diabetologia e Nefrologia





ASL Oristano

 SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
 Servizio Assistenza Farmaceutica - Distretto di Oristano
Prot. n. NP/2016/5382Oristano 20-05-16Al Resp. Servizio
ProvveditoratoSEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per i pazienti [redacted], [redacted], [redacted], regolarmente autorizzati dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1217337	ACCU-CHEK INSIGHT KIT *07035799001*	3	ROCHE

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

G. M. Zoccai
20/5/2016
FM

 IL DIRETTORE DEL SERVIZIO f.f.
 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°: 27272 del 06/05/2016

AUTORIZZ. N.: 4871

DEL 29/07/2010

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 03/05/2016 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

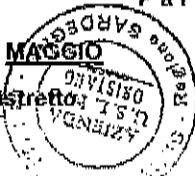
N° Presidio Autorizzato

- 1 * Microinfusore ACCU-CHEK insight kit
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento



Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalide ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria. Il beneficiario 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 _____

[Handwritten signature]

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL ORISTANO
OSPEDALE SAN MARTINO
SERVIZIO DI DIABETOLOGIA

Oristano 03/05/2016

Si certifica che [REDACTED], nato/a a [REDACTED], il [REDACTED], residente a [REDACTED] C.F. [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,) o 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.
- **Ridotto:** consente di ridurre di un'ottava i segnali acustici. Utile per utilizzatori con problemi di udito.

Cartuccia. Cartuccia in plastica da 200 U, dotata di connettore brevettato per il riempimento da flacone d'insulina, compatibile con il sistema automatico di riempimento Accu-Chek Insight Filling System.

Autospegnimento. L'autospegnimento è una funzionalità di sicurezza che arresta l'erogazione di insulina e genera un messaggio se non viene premuto alcun tasto entro un periodo di tempo programmato.

Alimentazione. Il microinfusore per insulina Accu-Chek Insight necessita di una batteria, con capacità minima di 1200 mAh, a scelta tra le seguenti:

- batteria alcalina AAA (LR03) da 1.5 volt (almeno 10 giorni con Bluetooth® disattivato)

- batteria al litio (FR03) da 1.5 volt (almeno 35 giorni con Bluetooth® disattivato)

Memorizzazione dati. Le impostazioni del microinfusore (velocità basali orarie, contenuto residuo della cartuccia, incrementi del bolo e menu utente attivo) e la memoria degli eventi verificatisi durante il funzionamento (memoria boli, memoria totali giornalieri di insulina, memoria profili basali temporanei, memoria allarmi) vengono sempre salvate, indipendentemente dalla carica della batteria e dal tempo durante il quale il microinfusore è rimasto senza batteria. L'ora e la data rimangono in memoria per circa 10 ore dopo la rimozione della batteria.

Memoria. Informazioni consultabili direttamente sul microinfusore dall'utilizzatore: ultimi 90 boli, ultimi 90 avvisi di allarme, ultimi 90 totali giornalieri di insulina, ultimi 90 profili basali temporanei.

Sistemi di sicurezza. Sistema di allarme mediante segnalazioni acustiche, informazioni sul display e vibrazioni con un sistema di presentazione in sequenza gerarchica: nel caso vi siano più messaggi in contemporanea, viene mostrato prima il più importante.

Tali allarmi sono regolabili discrezionalmente nel volume del suono ed è possibile scegliere il sistema di allarmi tra suono, vibrazione o suono e vibrazione contemporanei. E' inoltre possibile sospendere esclusivamente i segnali di avviso per un determinato periodo di tempo.

La corretta funzionalità di Accu-Chek Insight Insulin Pump può essere garantita soltanto con l'utilizzo di accessori e prodotti sterili forniti da Roche Diagnostics. Accessori e prodotti sterili diversi da quelli forniti da Roche Diagnostics non sono stati testati con i sistemi Accu-Chek e possono quindi mettere in pericolo la salute dell'utilizzatore e annullare la garanzia del dispositivo stesso

Si dà atto che il/la Sig./Sig.ra [REDACTED] è stato addestrato presso questo Centro all'utilizzo del sistema Accu-Chek Insight Insulin Pump ed è stato ritenuto idoneo all'utilizzo dello stesso.

ASL
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia
Il DIR.
Dott. Francesco
[Signature]

ASL Oristano Sede
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
Dott. Gianfranco Madeddu
[Signature]

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°: 23091 del 14/04/2016

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 08/04/2016 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° *Presidio Autorizzato*

1	* Microinfusore per insulina Accu Chek insight
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

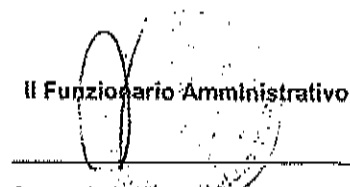
Mese di riferimento **APRILE**

Il Direttore del Distretto

Dott. Antonio Gelabona



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

Feder



ASL Oristano

Servizio di Malattie Metaboliche e
DIABETOLOGIA

AUSL 5 Oristano tel 0783 317298/7

Direttore Dott. Francesco Mastinu

Oristano 08 04 2016

Si certifica che la signorina [REDACTED], nata a [REDACTED] l'1 [REDACTED] [REDACTED] C.F. [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 schemi di terapia ad iniezioni multiple, alla Paziente fu prescritto microinfusore Accu-Chek COMBO, la cui garanzia è scaduta. Per questo necessita di un nuovo sistema con microinfusore personalizzabile in base alle esigenze per la paziente. In base allo stile di vita, alle esigenze terapeutiche e al percorso educativo a cui è stato avviata 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.

ORISTANO 08 04 2016

Per la Signorina [REDACTED]
Si prevede il seguente fabbisogno annuo di materiale consumabile Accu-chek

Accu-Chek Insight Battery Cover
confezioni 2

Codice **06411614001** (quantità: 2 pz)

Set d'infusione Accu-Chek FlexLink

confezioni 14

Confezioni composte da 10 set completi (ogni set contiene n. 1 ago cannula e n. 1 catetere).

Ago cannula in teflon da 8 mm (angolo di inserimento 90°) e catetere separato scollegabile da 70 cm

Confezioni con Ago da 8 mm

Codice **06470018001** (catetere da 70 cm)

Ago cannula Accu-Chek FlexLink

confezioni 2

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

Ago cannula in teflon 8 (angolo di inserimento 90°).

Confezioni con Ago da 8 mm

Codice **06541810001** (aghi cannula 8 mm)

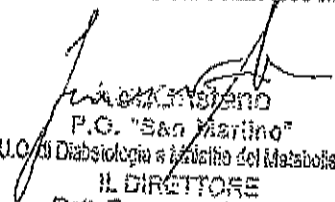
Accu-Chek Link Assist Plus

confezioni 1

Codice **05511097001** (quantità: 1 pz)

In fede

Dott. Francesco Mastinu


FRANCESCO MASTINU
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia e Metabolismo
IL DIRETTORE
Dott. Francesco Mastinu



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.

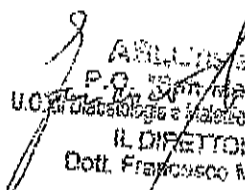
Prescrizione alla Signorina [REDACTED]

del MICROINFUSORE: Accu Chek Insight

e del SENSORE: ENLITE (sensore per la rilevazione in continuo della glicemia Mod. 7008B MiniMed)

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. carica cartucce prerilempite
2. velocità erogazione bolo variabile.


ASL Oristano
P.O. San Macianò
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
IL DIRETTORE
Dot. Francesco Mastinu

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°: 25389 del 27/04/2016

AUTORIZZ. N.: 5442 DEL 02/02/2015

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 21/04/2016 Dott. Atzeni Maria Maddalena

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1 * Microinfusore ACCU-CHEK INSIGHT KIT

0
0
0
0
0
0
0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento MAGGIO

Il Direttore del Distretto

Il Funzionario Amministrativo



N.B. nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invaldo ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata o 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 _____

Per ricevuto

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL DI ORISTANO
OSPEDALE SAN MARTINO
SERVIZIO DI DIABETOLOGIA

Oristano, li 21/4/16

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra [redacted] nato ad [redacted] e risedente a [redacted] affetto 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, necessita di un apposito sistema con microinfusore personalizzabile in base alle esigenze per il paziente. Per questo, 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 Insulin Pump.

Accu-Chek Insight kit - Codice 7035799001

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

Accu-Chek Insight è un sistema composto da un microinfusore per la somministrazione continua sottocutanea di insulina e un misuratore di glicemia connessi tramite tecnologia Bluetooth.

Il misuratore consente di gestire totalmente il microinfusore in remoto, in qualsiasi momento, nella massima praticità e discrezione. Inoltre dispone di un diario elettronico in grado di elaborare numerosi grafici, calcolatore del bolo e possibilità di impostare differenti promemoria.

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.
- **Ridotto:** consente di ridurre di un'ottava i segnali acustici. Utile per utilizzatori con problemi di udito.

Cartuccia. Cartuccia in plastica da 200 U, dotata di connettore brevettato per il riempimento da flacone d'insulina, compatibile con il sistema automatico di riempimento Accu-Chek Insight Filling System.

Autospegnimento. L'autospegnimento è una funzionalità di sicurezza che arresta l'erogazione di insulina e genera un messaggio se non viene premuto alcun tasto entro un periodo di tempo programmato.

Alimentazione. Il microinfusore per insulina Accu-Chek Insight necessita di una batteria, con capacità minima di 1200 mAh, a scelta tra le seguenti:

- batteria alcalina AAA (LR03) da 1.5 volt (almeno 10 giorni con Bluetooth® disattivato)
- batteria al litio (FR03) da 1.5 volt (almeno 35 giorni con Bluetooth® disattivato)

Memorizzazione dati. Le impostazioni del microinfusore (velocità basali orarie, contenuto residuo della cartuccia, incrementi del bolo e menu utente attivo) e la memoria degli eventi verificatesi durante il funzionamento (memoria boli, memoria totali giornalieri di insulina, memoria profili basali temporanei, memoria allarmi) vengono sempre salvate, indipendentemente dalla carica della batteria e dal tempo durante il quale il microinfusore è rimasto senza batteria. L'ora e la data rimangono in memoria per circa 10 ore dopo la rimozione della batteria.

Memoria. Informazioni consultabili direttamente sul microinfusore dall'utilizzatore: ultimi 90 boli, ultimi 90 avvisi di allarme, ultimi 90 totali giornalieri di insulina, ultimi 90 profili basali temporanei.

Sistemi di sicurezza. Sistema di allarme mediante segnalazioni acustiche, informazioni sul display e vibrazioni con un sistema di presentazione in sequenza gerarchica: nel caso vi siano più messaggi in contemporanea, viene mostrato prima il più importante.

Tali allarmi sono regolabili discrezionalmente nel volume del suono ed è possibile scegliere il sistema di allarmi tra suono, vibrazione o suono e vibrazione contemporanei. E' inoltre possibile sospendere esclusivamente i segnali di avviso per un determinato periodo di tempo.

La corretta funzionalità di Accu-Chek Insight Insulin Pump può essere garantita soltanto con l'utilizzo di accessori e prodotti sterili forniti da Roche Diagnostics. Accessori e prodotti sterili diversi da quelli forniti da Roche Diagnostics non sono stati testati con i sistemi Accu-Chek e possono quindi mettere in pericolo la salute dell'utilizzatore e annullare la garanzia del dispositivo stesso.

Si dà atto che il/la Sig./Sig.ra [redacted] è stato addestrato presso questo Centro all'utilizzo del sistema Accu-Chek Insight Insulin Pump ed è stato ritenuto idoneo all'utilizzo dello stesso.

Si richiede pertanto l'ordine del microinfusore sopra descritto:

Accu-Chek INSIGHT KIT
CODICE: 7035799001

Si richiede inoltre il 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)

21/04/16

Francesco Masinu
ASL Oristano
U.O. di Diagnostica e Cura del Diabete
Il DIRETTORE
Dott. Francesco Masinu

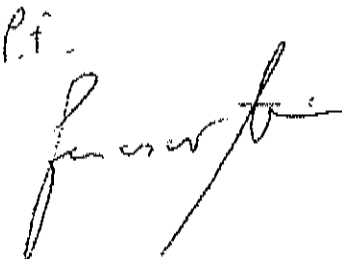
In fede
[Signature]

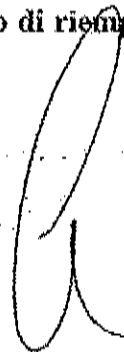
Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina e/o del SENSORE che ne integra la funzione con il controllo continuo del tasso del glucosio sottocutaneo, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Articolo 1 n° 4; "il cui contratto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

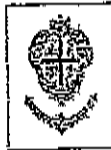
Prescrizione al Sig. /Sig.ra [REDACTED]
del MICROINFUSORE: Accu-Chek Insight kit

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. **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.
2. **Menu.** Menu intuitivo con possibilità di impostare 3 diversi Profili utente:
3. **Cartuccia in plastica da 200 U,** dotata di connettore brevettato per il riempimento da fiasco d'insulina, compatibile con il sistema automatico di riempimento Accu-Chek Insight Filling System.

P.f.






REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA - ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO A

MODELLO FAC-SIMILE DI PIANO TERAPEUTICO¹

- AZIENDA OSPEDALIERA _____
- AZIENDA U.S.L. N° 005 - OR
- POLICLINICO UNIVERSITARIO _____

Nome e Cognome dell'assistito _____

Età _____ Sesso M F o Codice fiscale _____

Indirizzo _____

U.S.L. di residenza dell'assistito _____ Provincia _____

Regione _____

Medico curante Dot. Denis Franco

Diagnosi DM

Formulata in data 2013 da :

Clinica Universitaria _____

Centro / ambulatorio specialistico _____

Reparto Ospedaliero _____

Day Hospital _____

Sede _____

Programma Terapeutico: _____

Farmaco/i Prescritto/i (specialità) NOVORAPID PUMPART

Posologia 60

Durata prevista del trattamento 1 ANNO

Timbro e Firma del Medico Prescrittore² _____

Data 20/6/2016

¹Da redigere in triplice copia e inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza dell'Assistito ed al Medico Curante che ha in carico l'Assistito

²Timbro della struttura autorizzata (Centro di Riferimento, Timbro e firma del Medico Prescrittore)

Oggetto: Re: Richiesta d'acquisto microinfusori fuori garanzia.

Mittente: gianfranco.madau@asloristano.it

Data: 08/07/2016 12.01

A: Gian Marco Zoncu <gianmarco.zoncu@asloristano.it>

Buongiorno

in risposta alla sua richiesta le comunico che i microinfusori in sostituzione sono malfunzionanti. Suonano in continuazione allarmi inappropriati, la tastiera non risponde.

L'utente attualmente utilizza un micro in prestito mentre l'altro riesce ancora a utilizzarlo ma con continui aggiustamenti.

Saluti

Gianfranco Madau

Da: "Gian Marco Zoncu" <gianmarco.zoncu@asloristano.it>

A: "gianfranco.madau" <gianfranco.madau@asloristano.it>

Inviato: Giovedì, 7 luglio 2016 13:36:26

Oggetto: Richiesta d'acquisto microinfusori fuori garanzia.

Buongiorno dott. Madau,

Come da accordi intercorsi, Le invio le richieste d'acquisto relative a due microinfusori Accu Check Insight kit la cui garanzia è scaduta.

Cordiali Saluti

Gian Marco Zoncu

Gian Marco Zoncu

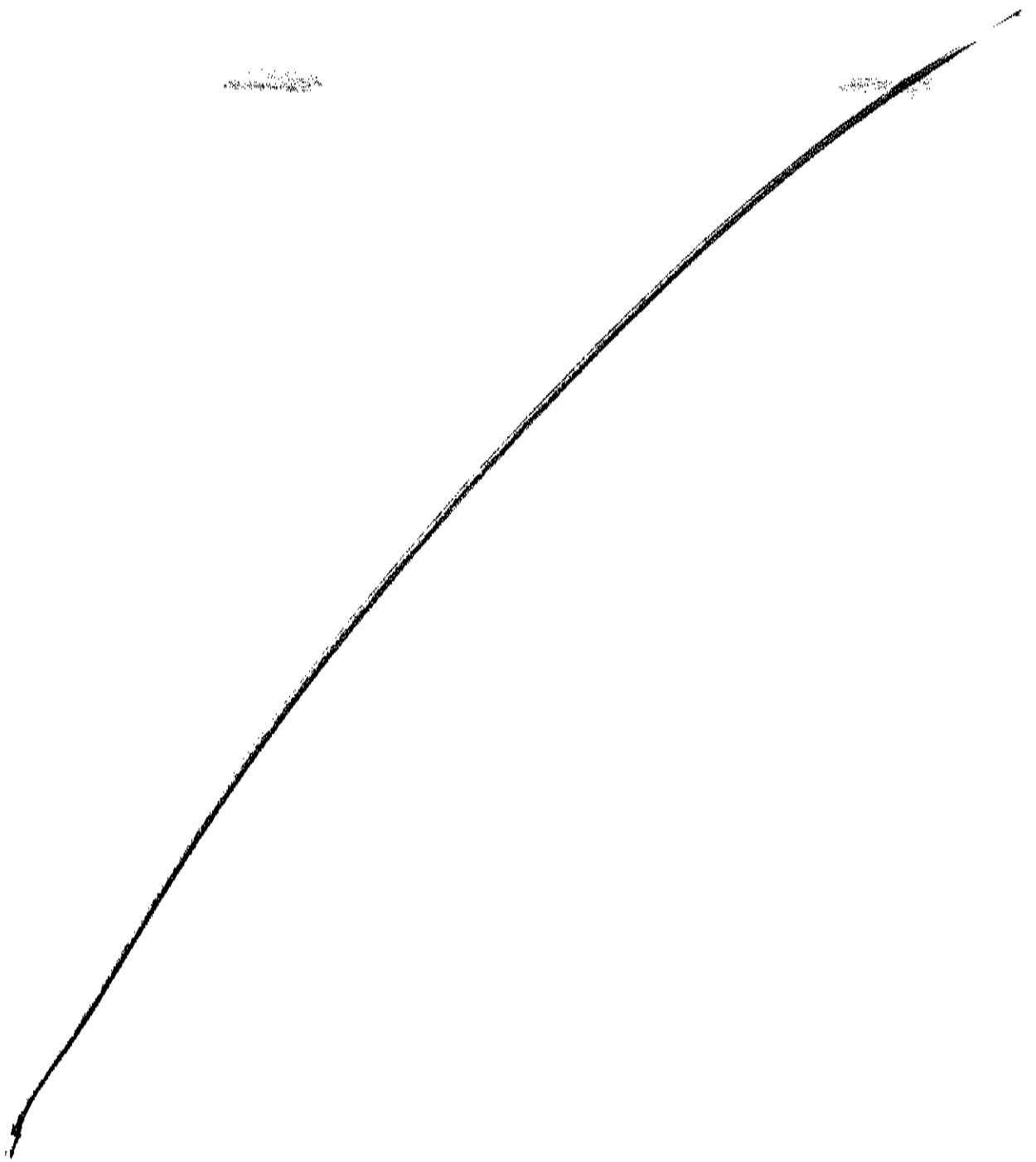
Servizio Provveditorato

mail: gianmarco.zoncu@asloristano.it

tel: 0783/317781

fax: 0783/73315

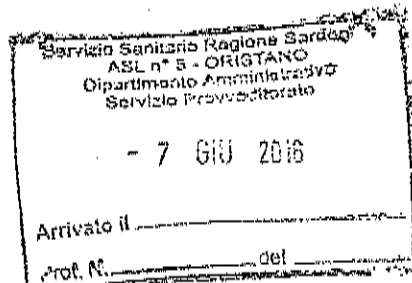






ASL Oristano

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

Prot. n. NP-2016-5813Oristano 07-06-16

Al Resp. Servizio
 Provveditorato

SEDE

G. P. Zaveri
 9/6/2016

~~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	Diitta
1217337	ACCU-CHEK INSIGHT KIT *07035799001*	1	ROCHE

Si allega la dichiarazione di scelta del Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO I.F.
 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°: 26137 del 29/04/2016 AUTORIZZ. N.: 5015 DEL 17/05/2011

Cognome: ██████████ Nome: ██████████ C.F. ██████████
 Nato a: ██████████ Il ██████████ Tel.: ██████████
 Residente a: ██████████ Recapito: ██████████

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 26/04/2016 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

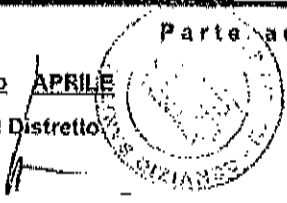
- 1 * Microinfusore ACCU-CHEK INSIGHT KIT
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

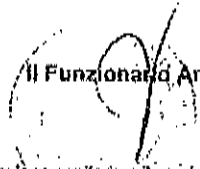
Parte autorizzativa

Mese di riferimento **APRILE**

Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo

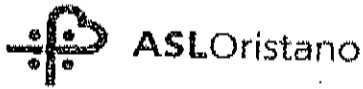


N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso al contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato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

Data Ritiro _____

Per ricevuta _____

Handwritten signature



ASL Oristano

Servizio di Malattie Metaboliche e
DIABETOLOGIAAUSL 5 Oristano tel 0783 317298/7
Direttore Dott. Francesco Mastinu

Oristano 26 04 2016

Si certifica che la signora [redacted] nata in [redacted] residente a [redacted] C.F. [redacted] è affetta da diabete mellito di tipo 1 ed è seguita presso questo Centro di Diabetologia.

Essendo il suo Diabete instabile e difficilmente controllabile con gli schemi di terapia ad iniezioni multiple, alla Paziente fu prescritto microinfusore Accu-Chek COMBO, la cui garanzia è scaduta. Per questo necessita di un nuovo sistema con microinfusore personalizzabile in base alle esigenze della paziente. In base allo stile di vita, alle esigenze terapeutiche e al percorso educativo a cui è stato avviata 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.

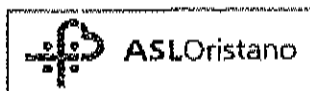
Profilo basale temporaneo. Variazioni in base a incrementi del 10%. Da 0 a 90% per la diminuzione, da 110% a 250% per l'aumento. La durata è regolabile in base ad incrementi di 15 minuti con una durata massima di 24 ore. L'ultima durata programmata viene memorizzata e riproposta alla successiva modifica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



Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie 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 alla Signora [REDACTED]

del MICROINFUSORE: Accu-Chek Insight kit- Codice 07035799001

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. Utilizzo di cartuccia preriempita
2. Ridotte dimensioni
3. Possibilità di ritardare il bolo.

Oristano 26 04 2016

ASL n° 8 - Oristano
Dott. Francesco Masini
Direttore U.O. di Diabetologia e M.A.D.
Direttore Dipartimento di Cure Mediche
tel. 0783/317298

ORISTANO 26 04 2016

Per la Signorina XXXXXXXXXX
 Si prevede il seguente fabbisogno annuo di materiale consumabile Accu-check

Accu-Check Insight Battery Cover
 confezioni 2

Codice 06411014001 (quantità: 2 pz)

Set d'infusione Accu-Check FlexLink

confezioni 14

Confezioni composte da 10 set completi (ogni set contiene n. 1 ago cannula e n. 1 catetere).

Ago cannula in teflon da 8 mm (angolo di inserimento 90°) e catetere separato scollegabile da 70 cm

Confezioni con Ago da 8 mm

Codice 06475010001 (catetere da 70 cm)

Ago cannula Accu-Check FlexLink

confezioni 2

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

Ago cannula in teflon 8 (angolo di inserimento 90°).

Confezioni con Ago da 8 mm

Codice 06521610001 (aghi cannula 8 mm)

Accu-Check LinkAssist Plus

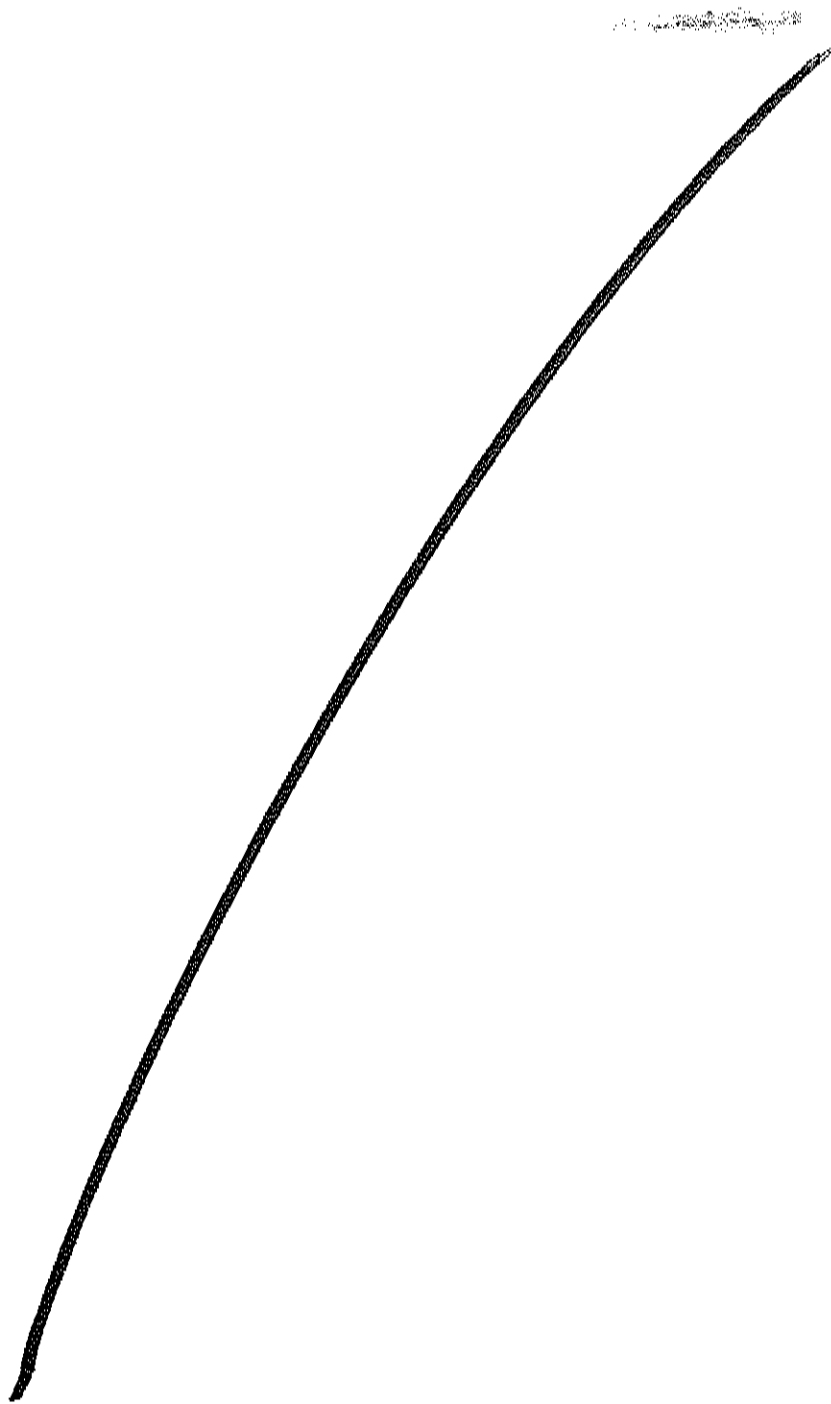
confezioni 1

Codice 03511097001 (quantità: 1 pz)

In fede

Dott. Francesco Mastinu


 ASL N° 5 - Oristano
 Dott. Francesco Mastinu
 Direttore U.O. di Diabetologia e M.M.
 Direttore Dipartimento di Cure Mediche
 tel. 0783/317296



Oggetto: Re: Richiesta d'acquisto microinfusori fuori garanzia.

Mittente: gianfranco.madau@asloristano.it

Data: 08/07/2016 12.01

A: Gian Marco Zoncu <gianmarco.zoncu@asloristano.it>

Buongiorno

in risposta alla sua richiesta le comunico che i microinfusori in sostituzione sono malfunzionanti. Suonano in continuazione allarmi inappropriati, la tastiera non risponde.

La Spanu attualmente utilizza un micro in prestito mentre la Zanda riesce ancora a utilizzarlo ma con continui aggiustamenti.

Saluti

Gianfranco Madau

Da: "Gian Marco Zoncu" <gianmarco.zoncu@asloristano.it>

A: "gianfranco.madau" <gianfranco.madau@asloristano.it>

Inviato: Giovedì, 7 luglio 2016 13:36:26

Oggetto: Richiesta d'acquisto microinfusori fuori garanzia.

Buongiorno dott. Madau,

Come da accordi intercorsi, Le invio le richieste d'acquisto relative a due microinfusori Accu Check Insight kit la cui garanzia è scaduta.

Cordiali Saluti

Gian Marco Zoncu

Gian Marco Zoncu

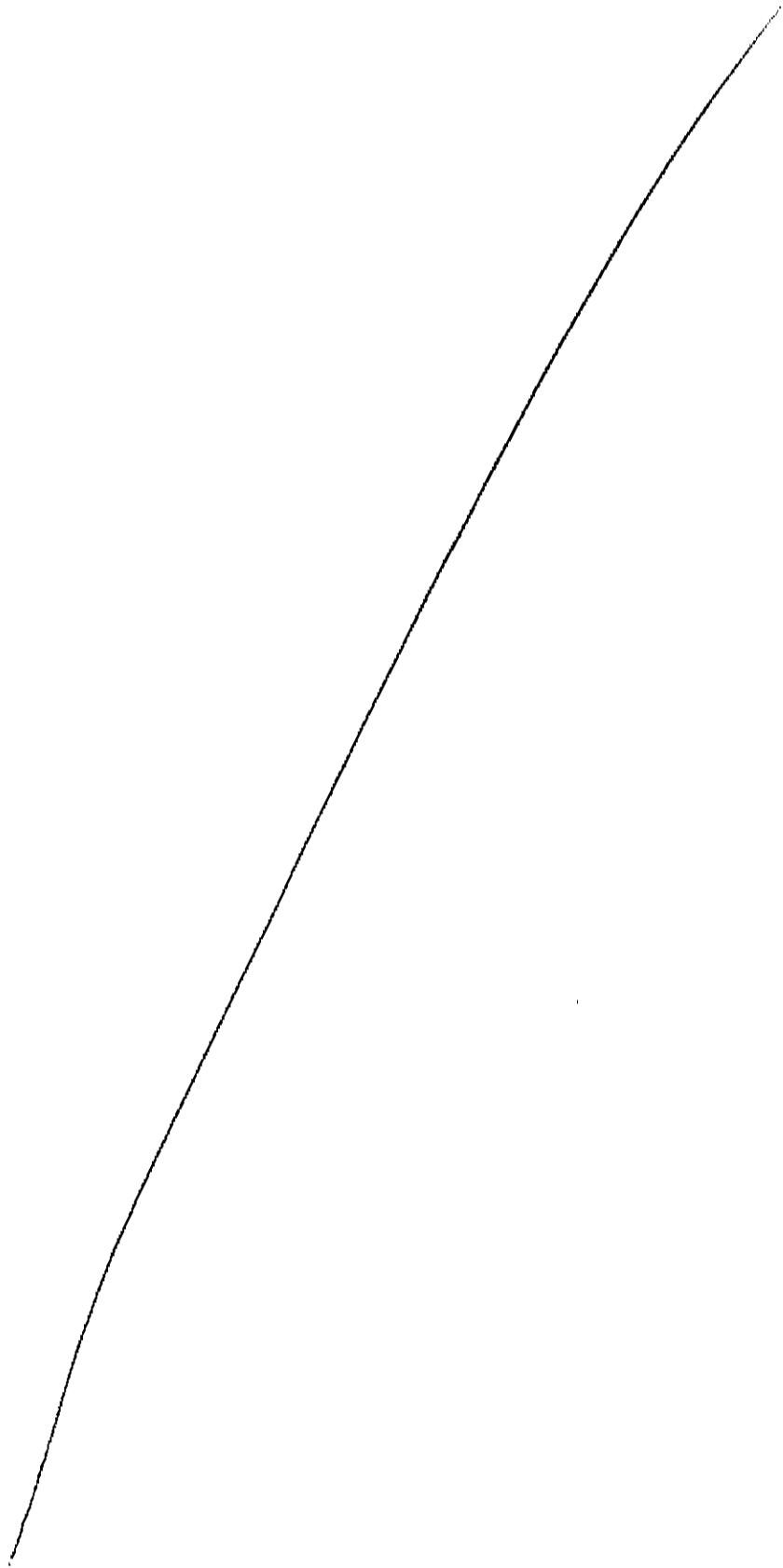
Servizio Provveditorato

mail: gianmarco.zoncu@asloristano.it

tel: 0783/317781

fax: 0783/73315







ASL Oristano

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

Prot. n. NP-2016-5375

Oristano 8/6/16

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL N° 5 - ORISTANO Dipartimento Assistenza Servizio Provveditorato	
- 8 GIU 2016	
Arrivato il _____	del _____
Prot. N. _____	del _____

Al Resp. Servizio
Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

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

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1230010	TRASMETTITORE GUARDIAN 2 LINK *MMT-7730*	1	MEDTRONIC

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

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°: 25023 del 28/04/2016 AUTORIZZ. N.: 4848 DEL 22/06/2010

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 27/04/2016 Dott. Atzeni M. Maddalena

Atzeni M. Maddalena
Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

- 150 * Cartuccia per ricarica insulina
- 150 * Set ago cannula vert. catetere cm. 60 dispos. sconn.
- 12 * Sensori sottocutanei
- 1 * Kit trasmettitore GUARDIAN MMT-7330
- 0
- 0
- 0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento **MAGGIO**

Il Direttore del Distretto

Il Funzionario Amministrativo



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquistare o 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 27/04/2017



Servizio di Malattie Metaboliche e
DIABETOLOGIA - Oristano

PIANO TERAPEUTICO
Presidi per microinfusore per insulina

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

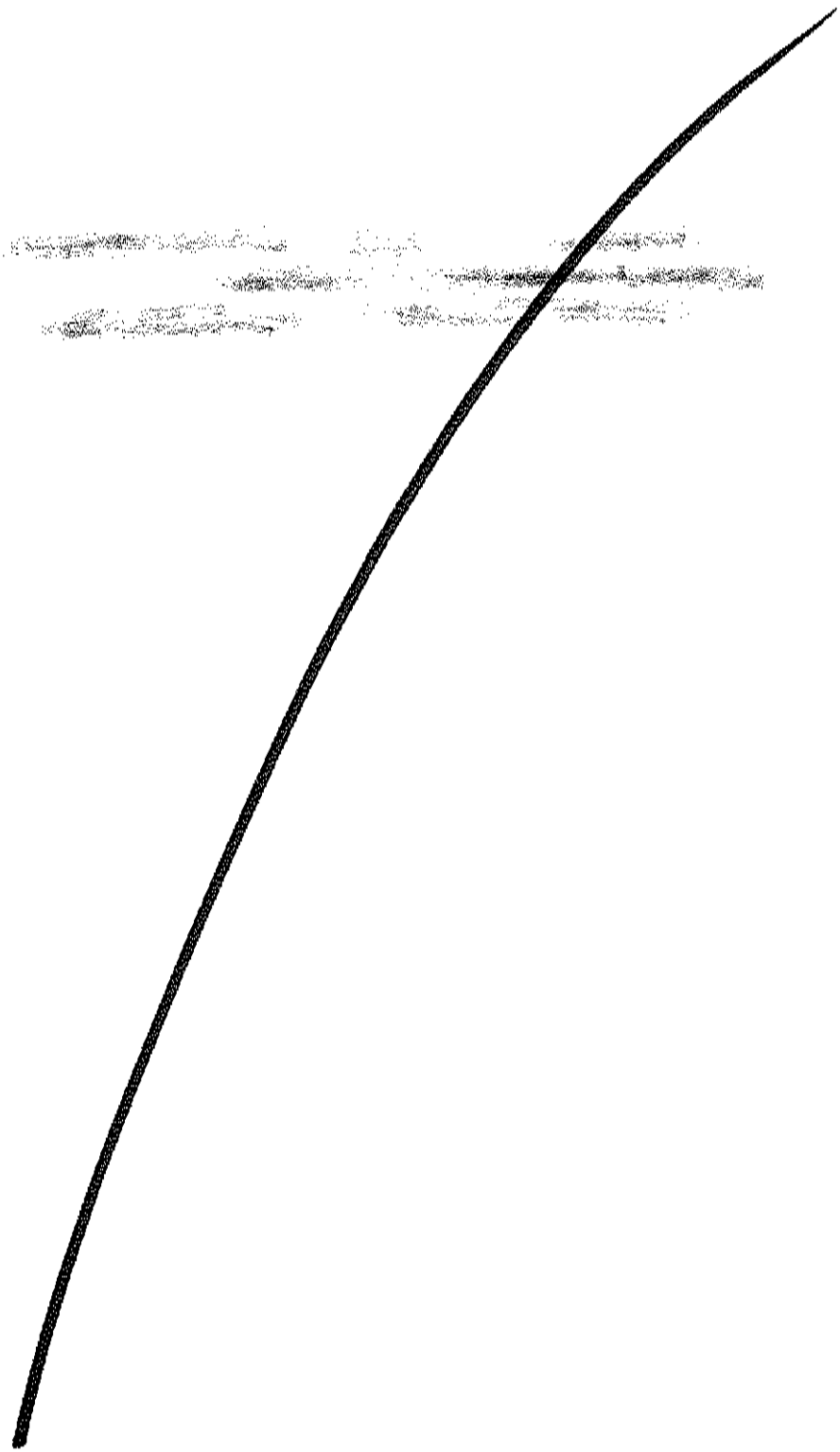
- n 15 confezioni da 10 pz di reservoir da 1.8 ml Mod 336A Medtronic-minimed (pari a 150 unità)
- n 15 confezioni di cateteri QUIK-SET MMT399 per (6mm/80cm) (pari a 150 unità)
- n 1 Kit trasmettitore Guardian MMT-7330
- n 2 confezioni sensori Enlite per la rilevazione continuo della glicemia MMT-7008A (pari a 10 unità)

Note :

PRESCRIZIONE: ANNUALE

DATA, 27/04/2016

ASL. N° 5 Oristano
P.O. San Martine
U.O. Diabetologia
Dott. [redacted] Madaiona Alzoni
IL DIABETOLOGO



G. H. Zoccheri
29/6/2016
R



ASL Oristano

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

Prot. n. NP-2016-6446

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato 29 GIU 2016 Provato il _____ del _____
--

Oristano 29/06/16

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
1226597	MINIMED 640G SmartGuard *BNIT1752BLKCGM* Nero	1	MEDTRONIC

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE I.F.
FARMACIA TERRITORIALE
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



0783/854020-1012

ASSISTENZA INTEGRATIVA

* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prof. n°: 37098 del 17/06/2016

AUTORIZZ. N.: 736 DEL 22/05/2012

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 06/05/2016 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1	* Microinfusore per insulina
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento

GIUGNIO

Il Direttore di Distretto

Dott. Peppinotto Figus



Il Funzionario Amministrativo

Sig.ra Patrizia Pira



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

Data Ritiro 21 GIU 2016

Per ricevuta [Signature]

17 GIU 2016



Servizio di Malattie Metaboliche e
DIABETOLOGIA
AUSL 5 Oristano tel 0783 317298/7
Direttore Dott. Francesco Mastinu

OR 06 05 2016

**Al Servizio Farmaceutico
ASL N 5 Oristano**

Si certifica che il Sig. ██████████ nato ██████████
residente a Uras in ██████████ C.F. ██████████
è affetto da diabete mellito tipo 1 ed è seguito presso questo centro.
Il paziente necessita per la gestione della terapia di un microinfusore per
insulina essendo la terapia insulinica multiiniettiva non più adatta a causa di
mutate esigenze terapeutiche.
Il paziente ha eseguito un adeguato periodo di training sullo strumento e
risulta idoneo all'utilizzo dello strumento per le sue capacità psico-attitudinali.

Pertanto si richiede l'acquisto di:

**n°1 microinfusore sistema integrato Medtronic-MiniMed denominato
Mod. Minimed 640G**

BNIT1752BLKCGM (NERO)

Tale sistema è composto dal microinfusore programmabile di insulina con
possibilità di collegarsi col rilevatore in continuo della glicemia e leggere la
stessa in tempo reale sul display del microinfusore. Il sistema **Minimed 640G**
tramite un sensore sottocutaneo connesso ad un trasmettitore a radio
frequenza rileva ogni 10 secondi i livelli di glucosio e li visualizza ogni cinque
minuti, alertando il paziente quando i livelli diventano troppo alti o troppo
bassi.

Tale sistema integrato di infusione di insulina e monitoraggio in continuo del
glucosio è interfacciato direttamente sul display del microinfusore con
tecnologia che consente di sospendere e riavviare automaticamente
l'erogazione dell'infusione di insulina basale sulla base di 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

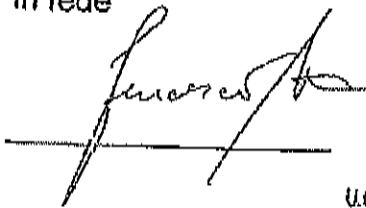
Il paziente per il funzionamento del sistema necessita anche dei relativi set per infusione

Mediamente il Set (catetere e serbatoio) va sostituito ogni tre giorni per cui si prevede un fabbisogno annuo pari a :

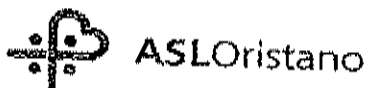
- n. 15 confezioni da 10 pz. di reservoir da 3 ml Mod. 332A MiniMed
- n. 15 confezioni da 10 pz. di cateteri per infusione (60 cm) Mod . 975 MiniMed
- n. 3 confezioni di batterie ministilo Energizer tipo AA da 1,5 V mod ACC-LR6
- n. 12 confezioni (1 pz.) di sensori per la rilevazione in continuo della glicemia Mod. 7008B MiniMed (pari a 12 unità)

Data 06/09/2016

In fede



ASL ORISTANO
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia e Metabolismo del Metabolismo
IL DIRETTORE
Dot. Francesco Miatini



Servizio di Malattie Metaboliche e
DIABETOLOGIA
AUSL 5 Oristano tel 0783 317298/7
Direttore Dott. Francesco Mastinu

OR 08 05 2016

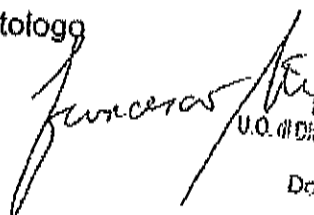
Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina e/o del SENSORE che ne integra la funzione con il controllo continuo del tasso del glucosio sottocutaneo, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Articolo 1 n° 4; "il cui contratto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

Prescrizione al Sig. [REDACTED]
del MICROINFUSORE: MINIMED 640G
e/o 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. allarme di sospensione dell'infusione in caso di grave ipoglicemia, e possibilità di sospensione predittiva (pre glucosio basso) della infusione 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 Lavoro, Ferie, Malattia;
3. possibilità di programmare fino ad 8 basali temporanee preimpostate.
4. Possibilità di configurare boli preimpostati personalizzati

Il Diabetologo


P.O. "San Leonardo"
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
Il DIRETTORE
Dott. Francesco Mastinu

ROCHE DIABETES CARE ITALY S.p.A.

Sede Legale e Amministrativa: V.le G. B. Stucchi, 110 – 20900 Monza MB

C.F. / P.I./R.I. 9050810960

TEL.: 039/2817.200 FAX: 039/2817.292 e-mail: monza.dc-gare@roche.com PEC: gare.diabetescare@roche.legalmail.it

Alligato n° 2 alla deliberazione
N° del
Composto di n° 4 fogli.

DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA'

Con la presente in riferimento alla RDO N. 1265653 si dichiara che il microinfusore modello Accu-Chek Insight Kit è prodotto in esclusiva da Roche Diagnostics GmbH e commercializzato in esclusiva da Roche Diabetes Care Italy S.p.A. su tutto il territorio nazionale

acquisti@retepa.it

Dati generali della procedura

Numero RDO:	1265653
Descrizione RDO:	Microinfusori per insulina
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Numero di Lotti:	3
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	FABIOLA MURGIA
Soggetto stipulante	Nome: FABIOLA MURGIA Amministrazione: AUSL 5 ORISTANO
Codice univoco ufficio - IPA	UFMJ06
Data e ora inizio presentazione offerte:	30/06/2016 13:33
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	07/07/2016 14:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	05/07/2016 13:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	31/08/2016 23:59
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della Rdo:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità
Numero fornitori invitati:	3
Segnalazione delle offerte anomale:	si

Lotto 1 - Dettagli

Denominazione lotto	ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller -

	Oristano - 09170 (OR)
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via carducci n° 35Oristano - 09170 (OR)
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Importo totale a base d'asta	12295,00

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Accu Chek Insight kit
Quantita'	2

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 unico ammesso	Accu Chek Insight kit
4	* Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• Pezzo
5	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
6	* Tipo contratto	Tecnico	Lista di scelte	• Acquisto
7	* Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Nessuna regola	
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Da 0,05 a 50 • da 0,05 a 60 • da 0,025 a 25

10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 12 • da 13 a 18 • da 19 a 24 • oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • 15/120 • 15/360 • 15/720 • 30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • 1/20 – 3 minuti • 1/15 – 4 minuti • 1/10 – 6 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • A richiesta • Programmabile • Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 25 • da 26 a 50 • oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Monocromatico • Colori
16	* Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
17	* Peso (g)	Tecnico	Nessuna regola	
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Infrarossi • Bluetooth • Infrarossi e bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI
21	* Prezzo	Economico	Valore minimo	0

		ammesso
--	--	---------

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Dexcom G4 Starter KIT R+T
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	DEXCOM
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	07172745001
3	* Nome commerciale dell'Holter glicemico	Tecnico	Valore minimo ammesso	Dexcom G4 Starter Kit RT (Ricevitore + Trasmettitore)
4	* Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	Pezzo
5	* Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	Acquisto
6	* Prezzo	Economico	Valore minimo ammesso	1

Lotto 2 - Dettagli

Denominazione lotto	Medtronic Italia SpA
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - Oristano - 09170 (OR)
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via carducci n° 35 Oristano - 09170 (OR)

Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Importo totale a base d'asta	18574,50

Lotto 2 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Minimed 640G Nero
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	Medtronic
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	BNIT1752BLKCGM
3	* Nome commerciale del microinfusore per insulina	Tecnico	Valore minimo ammesso	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Nero
4	* Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	Pezzo
5	* Descrizione tecnica	Tecnico	Valore minimo ammesso	Sistema integrato (infusione insulina e monitoraggio glucosio), sospensione predittiva in ipoglicemia, trasmettitore e glucometro/telecomando boli
6	* Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	Acquisto
7	* Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2015
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore minimo ammesso	da 0,025 a 25

10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	1/20 – 3 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Colori
16	* Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	96x53x24,4
17	* Peso (g)	Tecnico	Valore minimo ammesso	95
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Valore minimo ammesso	Bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	1 batteria alcalina AA non ricaricabile o 1 batteria al litio AA non ricaricabile o 1 batteria NiMh AA ricaricabile
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore minimo ammesso	SI
21	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Lotto 2 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Minimed 640G Rosa
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	Medtronic
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	BNIT1752PNKCGM
3	* Nome commerciale del microinfusore per insulina	Tecnico	Valore minimo ammesso	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Rosa
4	* Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	Pezzo
5	* Descrizione tecnica	Tecnico	Valore minimo ammesso	Sistema integrato (infusione insulina e monitoraggio glucosio), sospensione predittiva in ipoglicemia, trasmettitore e glucometro/telecomando boli
6	* Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	Acquisto
7	* Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2015
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore minimo ammesso	da 0,025 a 25
10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	1/20 – 3 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Valore	Programmabile e a

			minimo ammesso	richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Colori
16	* Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	96x53x24,4
17	* Peso (g)	Tecnico	Valore minimo ammesso	95
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Valore minimo ammesso	Bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	5 batteria alcalina AA non ricaricabile o 1 batteria al litio AA non ricaricabile o 1 batteria NiMh AA ricaricabile
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore minimo ammesso	SI
21	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Lotto 2 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Minimed 640G Blu
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	Medtronic
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	BNIT1752BLUCGM

3	* Nome commerciale del microinfusore per insulina	Tecnico	Valore minimo ammesso	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Blu
4	* Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	Pezzo
5	* Descrizione tecnica	Tecnico	Valore minimo ammesso	Sistema integrato (infusione insulina e monitoraggio glucosio), sospensione predittiva in ipoglicemia, trasmettitore e glucometro/telecomando boli
6	* Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	Acquisto
7	* Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2015
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore minimo ammesso	da 0,025 a 25
10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	1/20 – 3 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Colori
16	* Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	96x53x24,4
17	* Peso (g)	Tecnico	Valore	95

			minimo ammesso	
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Valore minimo ammesso	Bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	3 batteria alcalina AA non ricaricabile o 1 batteria al litio AA non ricaricabile o 1 batteria NiMh AA ricaricabile
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore minimo ammesso	SI
21	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Lotto 2 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Trasmettitore Guardian 2 Link
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	MEDTRONIC
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	MMT-7730
3	* Nome commerciale dell'Holter glicemico	Tecnico	Valore minimo ammesso	Kit Trasmettitore Guardian 2 Link per MiniMed 640G con insertore per Enlite Sensor
4	* Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	Pezzo
5	Descrizione tecnica	Tecnico	Valore minimo	Kit trasmettitore

			ammesso	Guardian 2 Link con insertore Enlite Serter per il sensore del glucosio Enlite, caricabatteria e tester.
6	* Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	Acquisto
7	Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z129010
8	Identificativo di registrazione BD/RDM	Tecnico	Valore minimo ammesso	1268640
9	Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2015
10	Parametri rilevati	Tecnico	Valore minimo ammesso	Valore del glucosio interstiziale raccolto ogni 5 min.
11	Controllo real-time	Tecnico	Valore minimo ammesso	Si
12	Numero calibrazioni	Tecnico	Valore minimo ammesso	NA
13	Frequenza di rilevazione [minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	5 secondi
14	Tempo massimo di rilevazione [ore]	Tecnico	Valore minimo ammesso	NA
15	Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	NA
16	Dimensioni schermo (lxh) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	NA
17	Dimensioni holter (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	36x29x9 mm
18	Peso [g]	Tecnico	Valore minimo ammesso	4,6 g

19	Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	Batteria interna ricaricabile
20	Sistema operativo richiesto	Tecnico	Valore minimo ammesso	NA
21	Dotazioni incluse nel prezzo	Tecnico	Valore minimo ammesso	nr 1 trasmettitore, nr 1 caricatore, nr 1 spinotto di test, nr 1 insertore per il sensore Enlite, nr 2 batterie AAA
22	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Lotto 3 - Dettagli

Denominazione lotto	YPSOMED ITALIA Srl
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - Oristano - 09170 (OR)
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via carducci n° 35 Oristano - 09170 (OR)
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Importo totale a base d'asta	1393,50

Lotto 3 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	MyLife Omnipod - Starter kit - 16301-5K
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	mylife OmniPod
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	16301-5k
3	* Nome commerciale del microinfusore per insulina	Tecnico	Valore minimo ammesso	Starter Kit
4	* Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	Pezzo
5	* Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
6	* Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	Acquisto
7	* Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2014
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore minimo ammesso	Da 0,05 a 50
10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	15/360
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	1/20 – 3 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Valore minimo ammesso	da 26 a 50
15	* Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Colori
16	* Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	6,2X11,3X2,5
17	* Peso (g)	Tecnico	Valore	110

			minimo ammesso	
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Valore minimo ammesso	Bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	batterie alcaline AAA
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore minimo ammesso	NO
21	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Documentazione Allegata alla RdO

Descrizione	Riferimento	Documento
Lettera d'invito	Gara	Lettera D Invito.pdf (2.75MB)

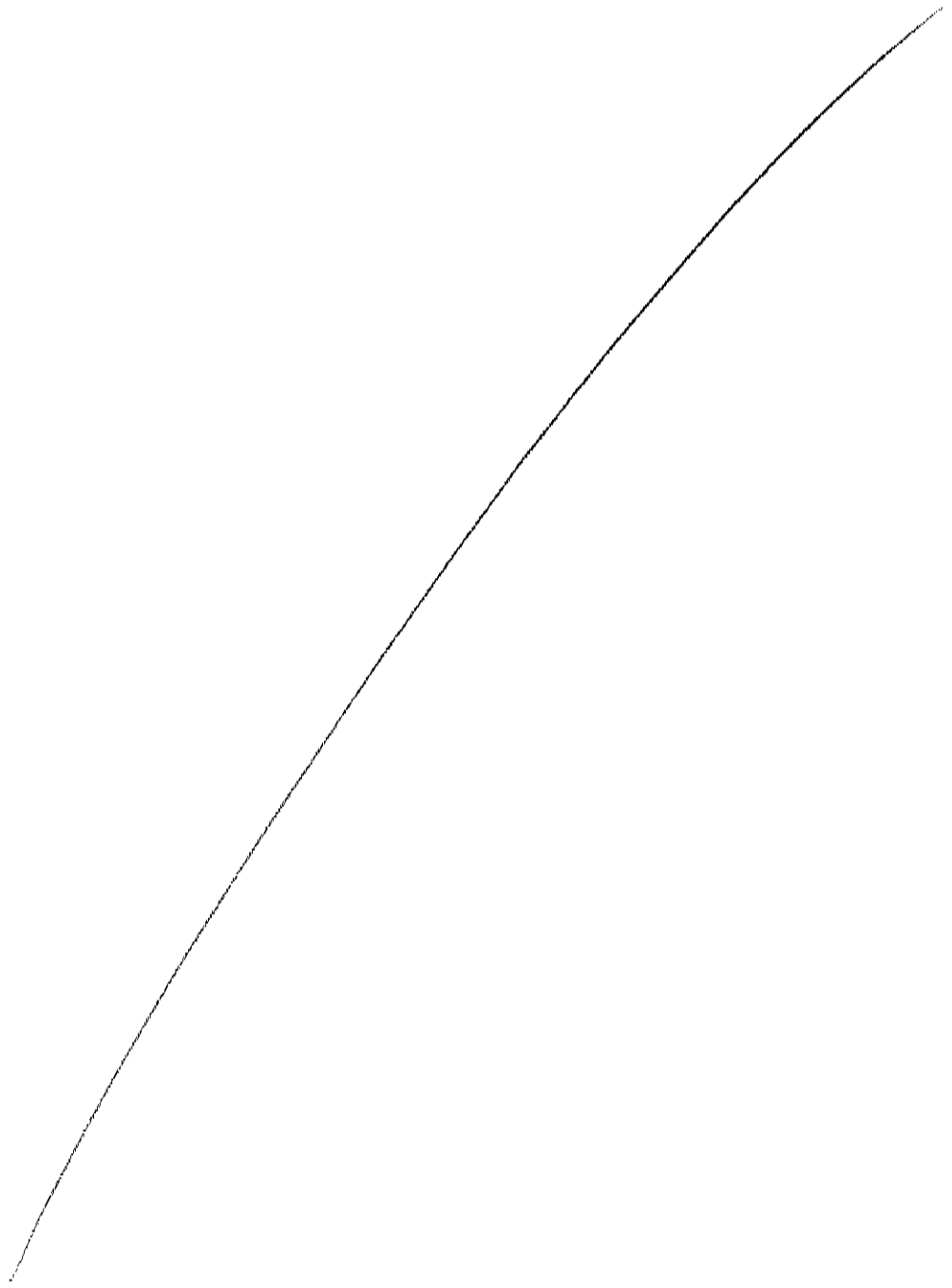
Richieste ai partecipanti

Descrizione	Lotto	Tipo Richiesta	Modalità risposta	Obbligatorio	Documento unico per operatori riuniti
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	Gara	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	No
Dichiarazione di commercializzazione in esclusiva (relativamente a Accu-Chek Insight kit)	ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio, ammessi più documenti	No
Ogni documentazione e certificazione dalla quale si evidenzia che quanto offerto è conforme alle disposizioni di Leggi	ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA	Tecnica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio, ammessi più documenti	No

vigenti ed alle norme UE (relativamente a Accu-Chek Insight kit)					
Precisazione termini di garanzia e condizioni di assistenza (relativamente a Accu-Chek Insight kit)	ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA	Tecnica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio, ammessi più documenti	No
Scheda tecnica del prodotto offerto (relativamente a Accu-Chek Insight kit);	ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA	Tecnica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio, ammessi più documenti	No
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	Medtronic Italia SpA	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	YPSOMED ITALIA Srl	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si

Elenco fornitori invitati

Nr.	Ragione Sociale	Partita iva	Codice fiscale
1	MEDTRONIC ITALIA	09238800156	09238800156
2	ROCHE DIABETES CARE ITALY	09050810960	09050810960
3	YPSOMED ITALIA S.R.L.	08438570965	08438570965



acquistinretepa.it
 Fornitura di beni e servizi per la sanità

Riepilogo delle attività di Esame delle Offerte ricevute

Numero RDO:	1265653
Descrizione RDO:	Microinfusori per insulina
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	FABIOLA MURGIA
Soggetto stipulante	Nome: FABIOLA MURGIA Amministrazione: AUSL 5 ORISTANO
Codice univoco ufficio - IPA	UFMJ06
Data e ora inizio presentazione offerte:	30/06/2016 13:33
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	07/07/2016 14:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	05/07/2016 13:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	31/08/2016 23:59
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della Rdo:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità

Lotto esaminato: 1 ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA

CIG	
CUP	
Oggetto di Fornitura 1	Accu Chek Insight kit/2/
Oggetto di Fornitura 2	Dexcom G4 Starter KIT R+T/1/
Importo totale a base d'asta	12295,00

Concorrenti

#	Denominazione	Forma di Partecipazione	Partita IVA	Data Invio Offerta
1	ROCHE DIABETES CARE ITALY	Singola	09050810960	07/07/2016 13:22

ESAME DELLA BUSTA AMMINISTRATIVA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:22:09	08/07/2016 11:29:25

Richieste Amministrative di Gara

Concorrente	Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	
	Valutazione	Note
ROCHE DIABETES CARE ITALY	Approvato	nessuna

Richieste Amministrative di Lotto

Concorrente	Dichiarazione di commercializzazione in esclusiva (relativamente a Accu-Chek Insight kit)	
	Valutazione	Note
ROCHE DIABETES CARE ITALY	Approvato	nessuna

ESAME DELLA BUSTA TECNICA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:29:32	08/07/2016 11:36:18

Concorrente	Precisazione termini di garanzia e condizioni di assistenza (relativamente a Accu-Chek Insight kit)		Scheda tecnica del prodotto offerto (relativamente a Accu-Chek Insight kit);		Ogni documentazione e certificazione dalla quale si evidenzia che quanto offerto è conforme alle disposizioni di Leggi vigenti ed alle norme UE (relativamente a Accu-Chek Insight kit)	
	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note
ROCHE DIABETES CARE ITALY	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna

ESAME DELLA BUSTA ECONOMICA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:36:33	13/07/2016 12:01:44

Concorrente	Offerta Economica (fac-simile di sistema)	
	Valutazione	Note
ROCHE DIABETES CARE ITALY	Approvato	nessuna

Classifica della gara (Prezzo più basso)

Concorrente	Valore complessivo dell'Offerta
ROCHE DIABETES CARE ITALY	12015,00

Note di gara	nessuna
Note specifiche lotto 1	nessuna

acquistinretepa.it

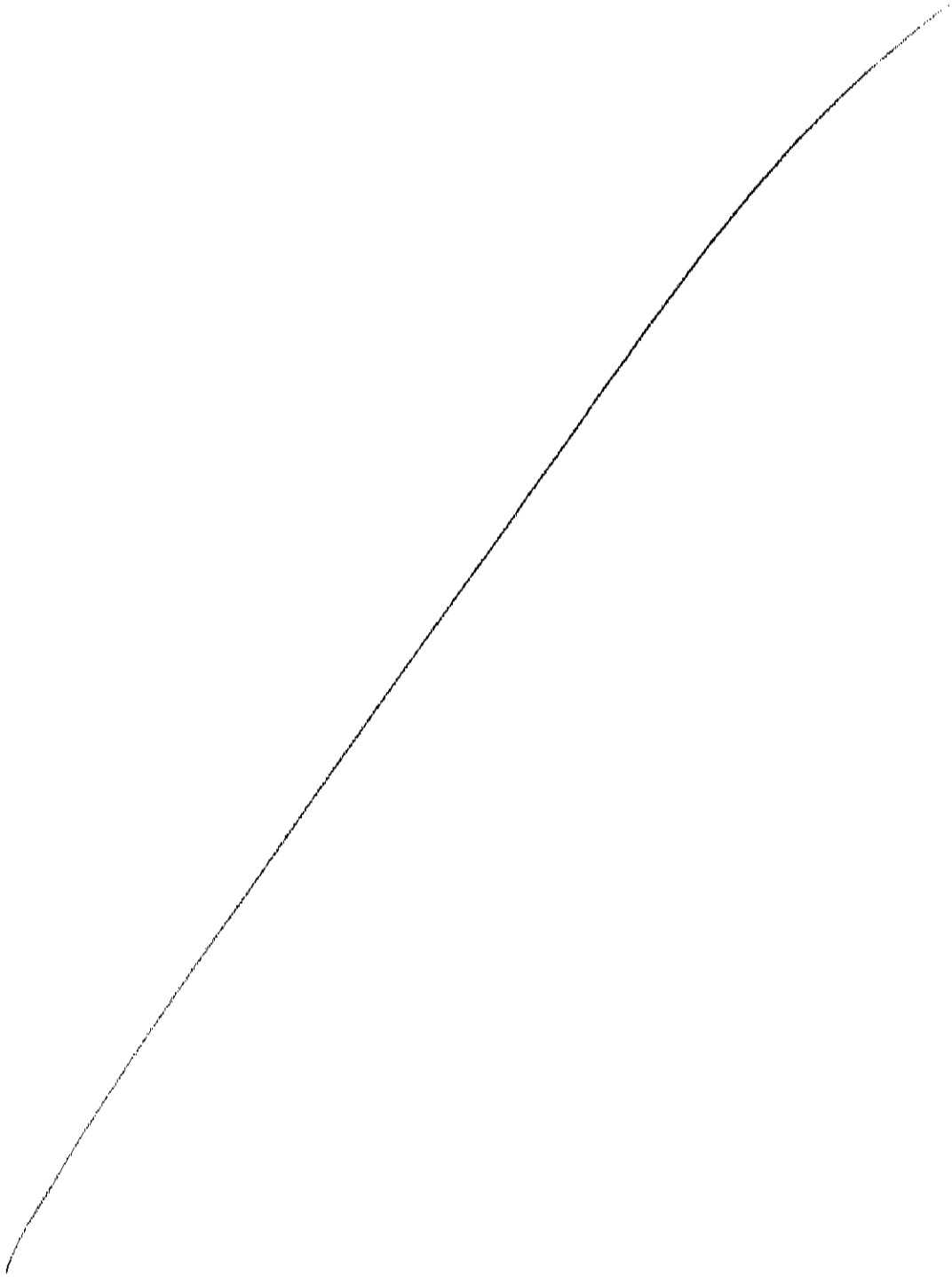
Il sito è a disposizione per informazioni

OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:	
Numero RDO	1265653
Nome RDO	RDO per aggiudicazione Microinfusori per insulina
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	1 (ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA)

AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO	
Amministrazione	AUSL 5 ORISTANO
Partita IVA	00681110953
Indirizzo	Via Carducci, 35 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317070
Fax	078373315
PEC Registro Imprese	FABIOLA.MURGIA@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinante	MURGIA FABIOLA

CONCORRENTE	
Ragione Sociale	ROCHE DIABETES CARE ITALY Società per Azioni
Partita IVA	09050810960
Codice Fiscale Impresa	09050810960
Provincia sede registro imprese	MB
Numero iscrizione registro imprese	09050810960
Codice Ditta INAIL	19801258/68
n. P.A.T.	22636442/36
Matricola aziendale INPS	4983651299
CCNL applicato	CHIMICO-FARMACEUTICO
Settore	FARMACEUTICO
Indirizzo sede legale	VIALE G.B. STUCCHI, 110 - MONZA (MB)
Telefono	0392817200
Fax	0392817292
E-mail di Contatto	rochediabetescare@roche.legalmail.it
Offerta sottoscritta da	BALESTRI MASSIMO
L'Offerta irrevocabile ed	31/08/2016 23:59

impegnativa fino al



OGGETTO (1 DI 2) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Dexcom G4 Starter KIT R+T
Metaprodotto	Holter glicemici
Quantità Richiesta	1
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	DEXCOM
Codice Articolo Produttore	07172745001
Nome Commerciale	Dexcom G4 Starter Kit RT (Ricevitore + Trasmettitore)
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Tipo contratto	Acquisto
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	1095

OGGETTO (2 DI 2) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Accu Chek Insight kit
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	2
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	Roche
Codice Articolo Produttore	07035799001
Nome Commerciale	Accu Chek Insight kit
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	Sistema composto da microinfusore portatile per somministrazione sottocutanea continua di insulina e misuratore rapido di glicemia
Tipo contratto	Acquisto
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	Da 0,05 a 50
Numero velocità infusione basale	da 19 a 24

Programmazione infusione basale	15/120
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	Fino a 25
Schermo	Colori
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	75x52x16
Peso (g)	99
Trasmissione dati	Infrarossi e bluetooth
Alimentazione	Il microinfusore per insulina Accu-Chek Insight necessita di unabatteria a scelta tra le seguenti:- batteria alcalina AAA (LR03) da 1.5 volt- batteria al litio (FR03) da 1.5 voltCon capacità minima di 1200 mAh
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	5460

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 Euro 48,06

OFFERTA ECONOMICA: 12015,00 Euro Dodicimilaquindici Euro

INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 5 giorni dalla stipula • Dati di Consegna: Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - Oristano - 09170 (OR) • Dati di Fatturazione: Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via carducci n° 35Oristano - 09170 (OR)

- Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo complessivo verrà spedita a:

AUSL 5 ORISTANO / CODICE FISCALE: 00681110953

- Termini di pagamento:
60 GG Data Ricevimento Fattura

Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

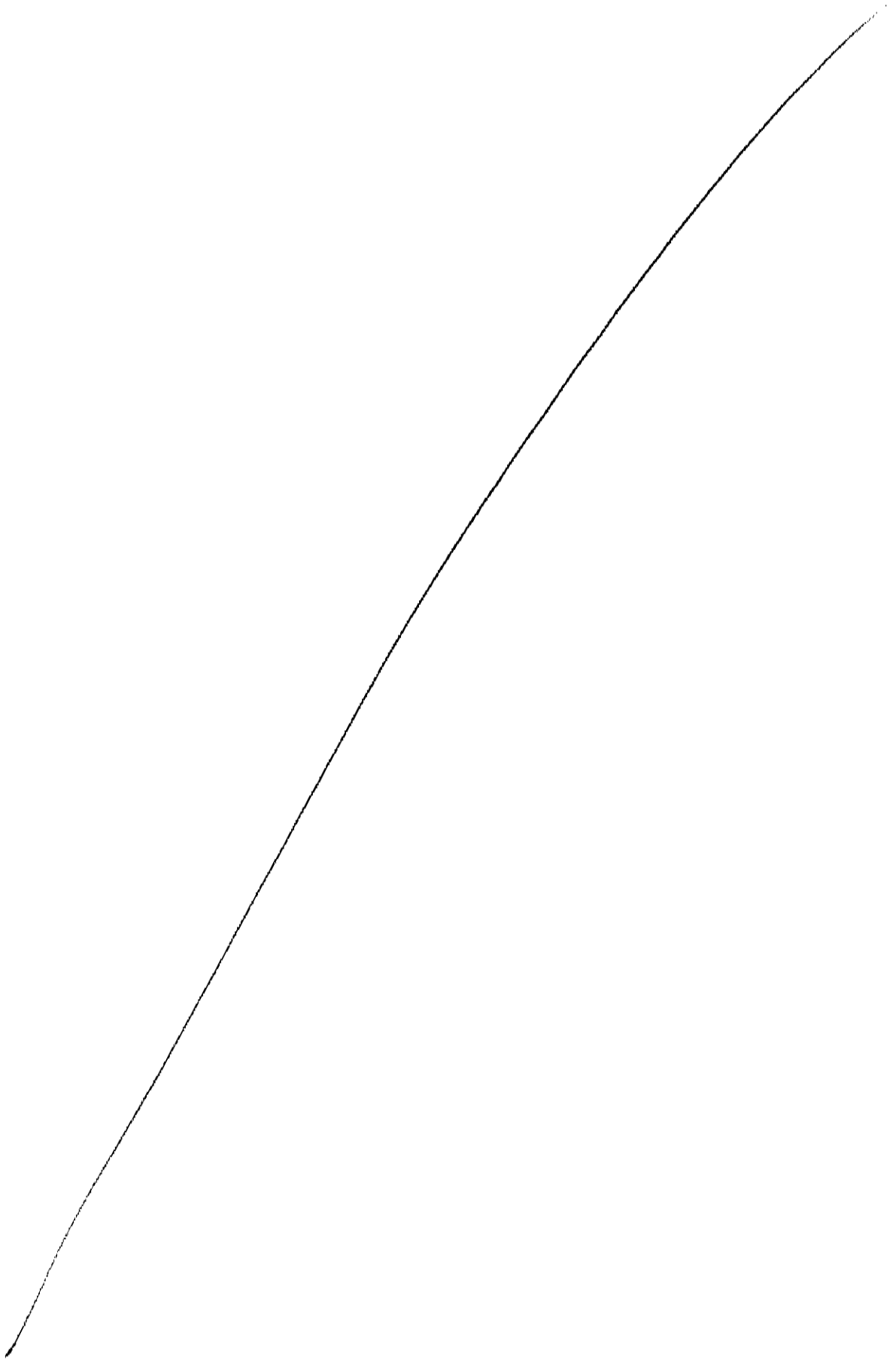
- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordicante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordicante in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, 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 Ordicante, obbligandosi, in caso di aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di 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 non si trova in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 c.c. con alcun soggetto, e di aver formulato l'offerta autonomamente;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "1" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- 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'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale 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.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi de Testo Unico del 22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto

diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

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



Riepilogo delle attività di Esame delle Offerte ricevute

Numero RDO:	1265653
Descrizione RDO:	Microinfusori per insulina
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	FABIOLA MURGIA
Soggetto stipulante	Nome: FABIOLA MURGIA Amministrazione: AUSL 5 ORISTANO
Codice univoco ufficio - IPA	UFMJ06
Data e ora inizio presentazione offerte:	30/06/2016 13:33
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	07/07/2016 14:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	05/07/2016 13:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	31/08/2016 23:59
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità

Lotto esaminato: 2 Medtronic Italia SpA

CIG	
CUP	
Oggetto di Fornitura 1	Minimed 640G Nero/1/
Oggetto di Fornitura 2	Minimed 640G Rosa/1/
Oggetto di Fornitura 3	Minimed 640G Blu/1/

Oggetto di Fornitura 4	Trasmettitore Guardian 2 Link/1/
Importo totale a base d'asta	18574,50

Concorrenti

#	Denominazione	Forma di Partecipazione	Partita IVA	Data Invio Offerta
1	MEDTRONIC ITALIA	Singola	09238800156	06/07/2016 08:19

ESAME DELLA BUSTA AMMINISTRATIVA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:22:09	08/07/2016 11:29:25

Richieste Amministrative di Gara

Concorrente	Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	
	Valutazione	Note
MEDTRONIC ITALIA	Approvato	nessuna

Non esistono Richieste Amministrative di Lotto

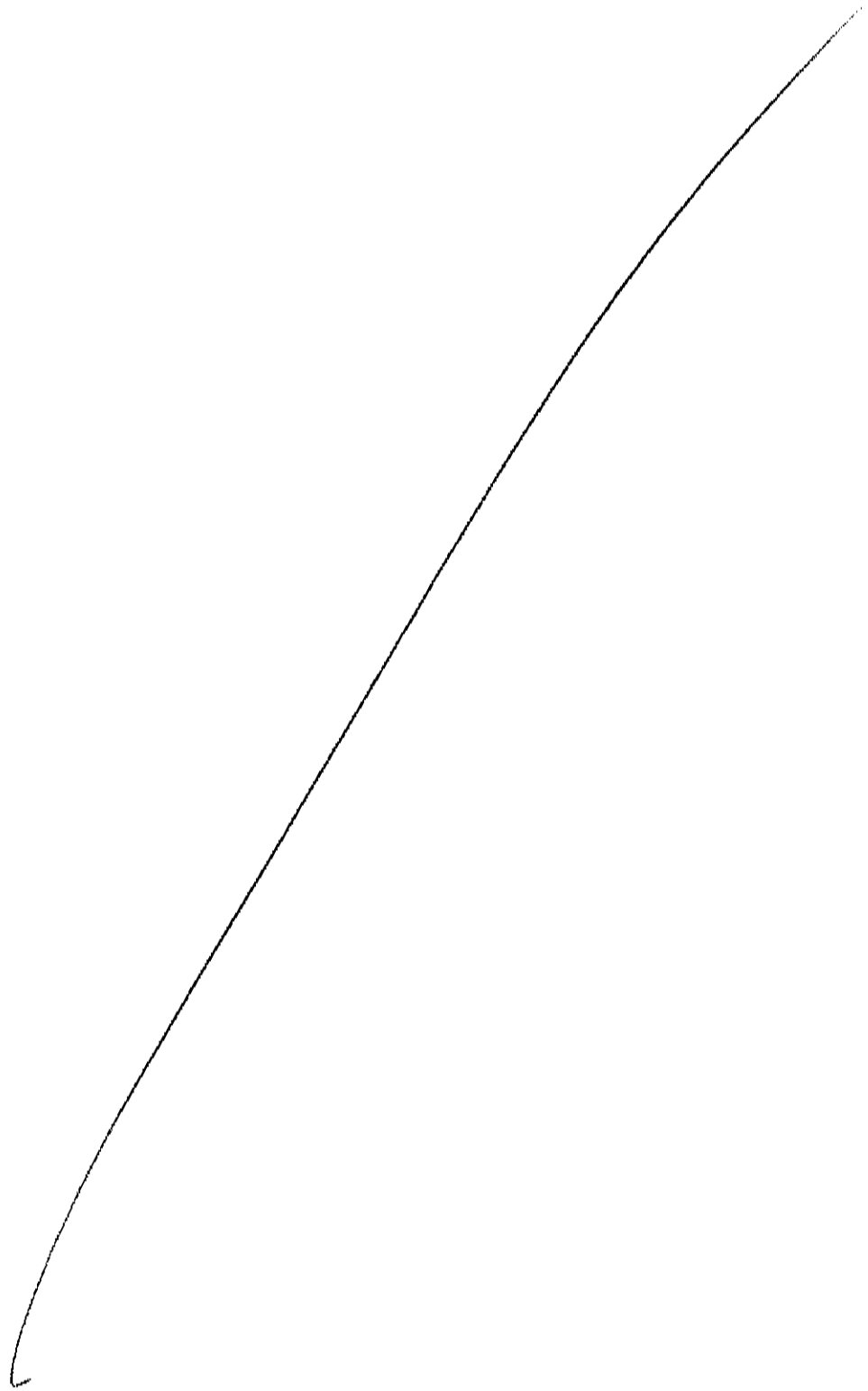
ESAME DELLA BUSTA ECONOMICA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:41:09	08/07/2016 11:45:50

Concorrente	Offerta Economica (fac-simile di sistema)	
	Valutazione	Note
MEDTRONIC ITALIA	Approvato	nessuna

Classifica della gara (Prezzo più basso)

Concorrente	Valore complessivo dell'Offerta
MEDTRONIC ITALIA	18464,00

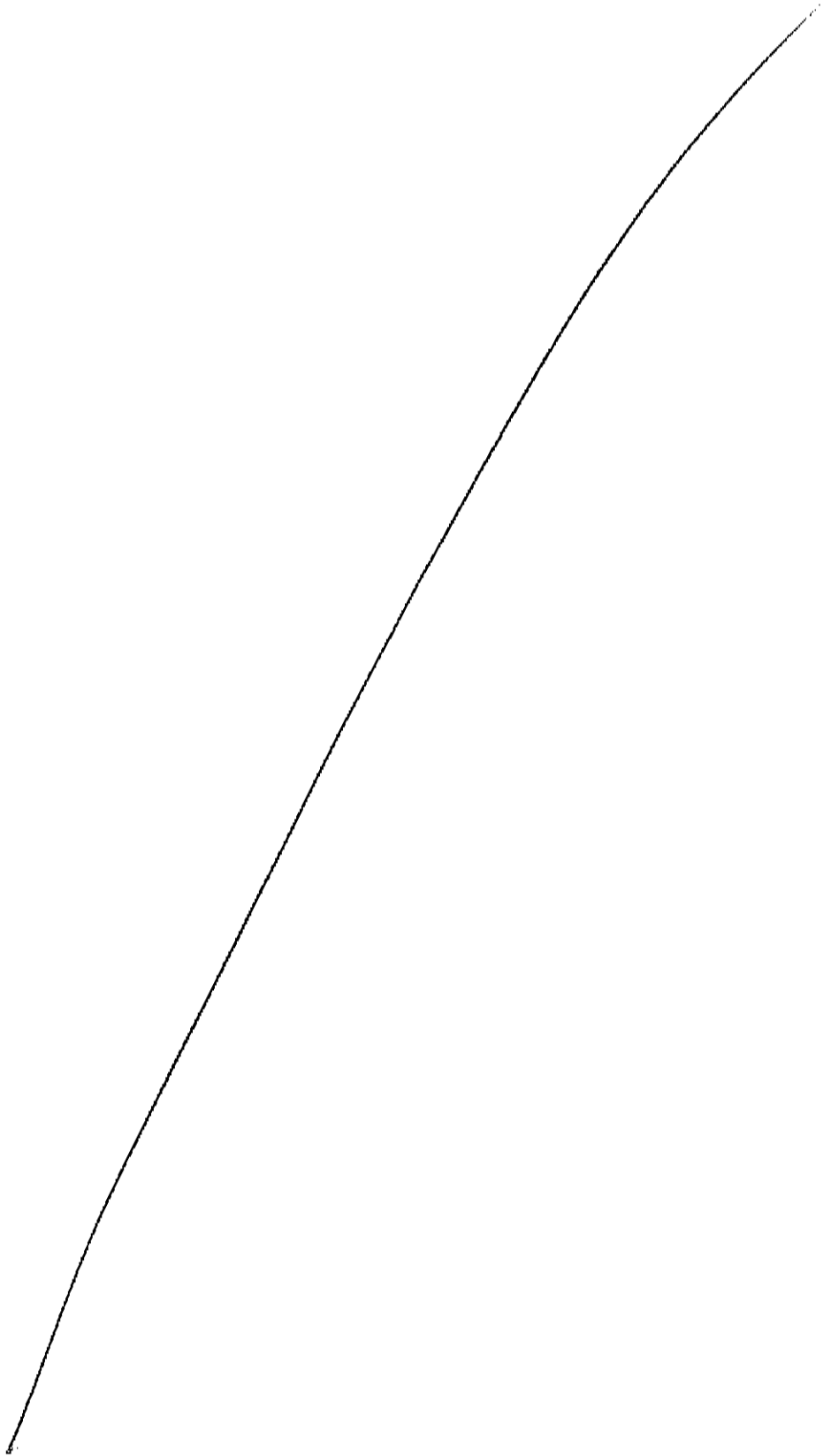
Note di gara	nessuna
Note specifiche lotto 2	nessuna



OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:	
Numero RDO	1265653
Nome RDO	RDO per aggiudicazione Microinfusori per insulina
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	2 (Medtronic Italia SpA)

AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO	
Amministrazione	AUSL 5 ORISTANO
Partita IVA	00681110953
Indirizzo	Via Carducci, 35 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317070
Fax	078373315
PEC Registro Imprese	FABIOLA.MURGIA@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinante	MURGIA FABIOLA

CONCORRENTE	
Ragione Sociale	MEDTRONIC ITALIA Società per Azioni
Partita IVA	09238800156
Codice Fiscale Impresa	09238800156
Provincia sede registro imprese	MI
Numero iscrizione registro imprese	09238800156
Codice Ditta INAIL	5676123
n. P.A.T.	37288162/18 37298079/90 37294171/60
Matricola aziendale INPS	4934942188
CCNL applicato	COMMERCIO
Settore	DEVICE MEDICALI
Indirizzo sede legale	VIA VARESINA, 162 - MILANO (MI)
Telefono	02241371
Fax	02241381
E-mail di Contatto	MEDTRONICITALIA.GARE@LEGALMAIL.IT
Offerta sottoscritta da	ZARANTONIELLO PATRIZIA
L'Offerta irrevocabile ed impegnativa fino al	31/08/2016 23:59



OGGETTO (1 DI 4) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Trasmettitore Guardian 2 Link
Metaprodotto	Holter glicemici
Quantità Richiesta	1
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	
Codice Articolo Produttore	MMT-7735WW
Nome Commerciale	Trasmettitore telemetrico MiniLink
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	Trasmettitore telemetrico MiniLink per l'invio in radiofrequenza dei dati rilevati dal sensore sottocutaneo
Tipo contratto	Acquisto
Codice CND	Z1204021680
Identificativo di registrazione BD/RDM	403878/R
Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	
Parametri rilevati	
Controllo real-time	
Numero calibrazioni	
Frequenza di rilevazione [minuti]	
Tempo massimo di rilevazione [ore]	
Schermo	
Dimensioni schermo (lxh) [mm]	
Dimensioni holter (lxhxp) [mm]	
Peso [g]	
Alimentazione	
Sistema operativo richiesto	
Dotazioni incluse nel prezzo	
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	1089,5

OGGETTO (2 DI 4) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Minimed 640G Blu
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	1

Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	Medtronic
Codice Articolo Produttore	BNIT1752BLUCGM
Nome Commerciale	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Blu
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
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 nazionale/versione	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 – intervallo in minuti]	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	3 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
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	5791,5

OGGETTO (3 DI 4) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Minimed 640G Rosa
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	1

Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	Medtronic
Codice Articolo Produttore	BNIT1752PNKCGM
Nome Commerciale	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Rosa
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
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 nazionale/versione	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 – intervallo in minuti]	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	5 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
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	5791,5

OGGETTO (4 DI 4) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Minimed 640G Nero
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	1

Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	Medtronic
Codice Articolo Produttore	BNIT1752BLKCGM
Nome Commerciale	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Nero
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
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 nazionale/versione	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 – intervallo in minuti]	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
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	5791,5

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 Euro 0,00

OFFERTA ECONOMICA:
18464,00 Euro
Diciottomilaquattrocentosessantaquattro Euro

INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

- Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 5 giorni dalla stipula
- Dati di Consegna:
Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - Oristano - 09170 (OR)
- Dati di Fatturazione:
Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via carducci n° 35Oristano - 09170 (OR)
- Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo complessivo verrà spedita a:

AUSL 5 ORISTANO / CODICE FISCALE: 00681110953
- Termini di pagamento:
60 GG Data Ricevimento Fattura

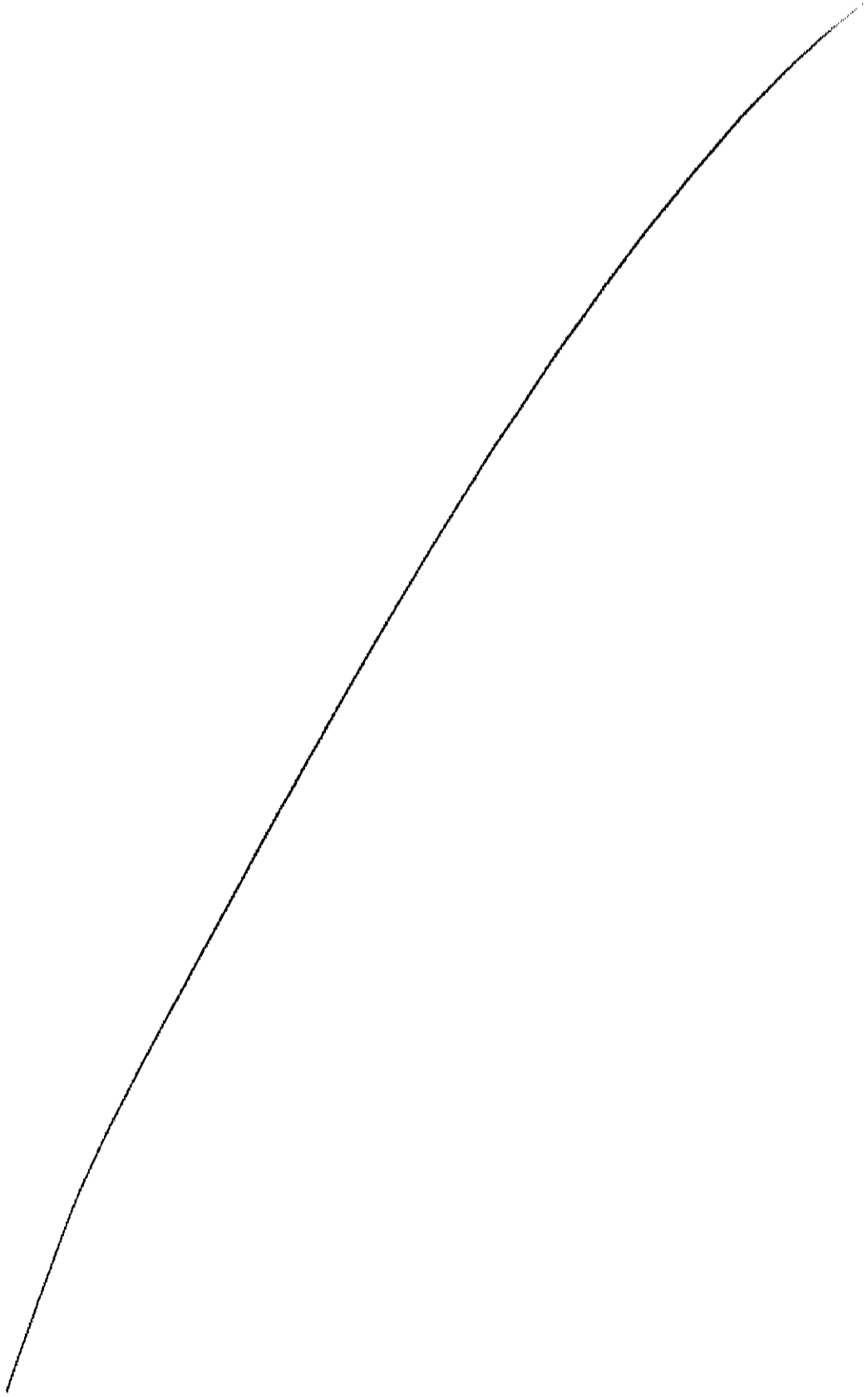
Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordicante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordicante in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili all/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordicante, obbligandosi, in caso di aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di 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 di non essere a conoscenza della partecipazione alla presente procedura di soggetti che si trovano rispetto al concorrente dichiarante in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 c.c., e di aver formulato autonomamente l'offerta;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "2" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- 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'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale 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.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi de Testo Unico del 22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

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



Riepilogo delle attività di Esame delle Offerte ricevute

Numero RDO:	1265653
Descrizione RDO:	Microinfusori per insulina
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	FABIOLA MURGIA
Soggetto stipulante	Nome: FABIOLA MURGIA Amministrazione: AUSL 5 ORISTANO
Codice univoco ufficio - IPA	UFMJ06
Data e ora inizio presentazione offerte:	30/06/2016 13:33
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	07/07/2016 14:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	05/07/2016 13:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	31/08/2016 23:59
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità

Lotto esaminato: 3 YPSOMED ITALIA Srl

CIG	
CUP	
Oggetto di Fornitura 1	MyLife Omnipod - Starter kit - 16301-5K/1/
Importo totale a base d'asta	1393,50

Concorrenti

#	Denominazione	Forma di Partecipazione	Partita IVA	Data Invio Offerta
1	YPSOMED ITALIA S.R.L.	Singola	08438570965	04/07/2016 14:22

ESAME DELLA BUSTA AMMINISTRATIVA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:22:09	08/07/2016 11:29:25

Richieste Amministrative di Gara

Concorrente	Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione	
	Valutazione	Note
YPSOMED ITALIA S.R.L.	Approvato	nessuna

Non esistono Richieste Amministrative di Lotto

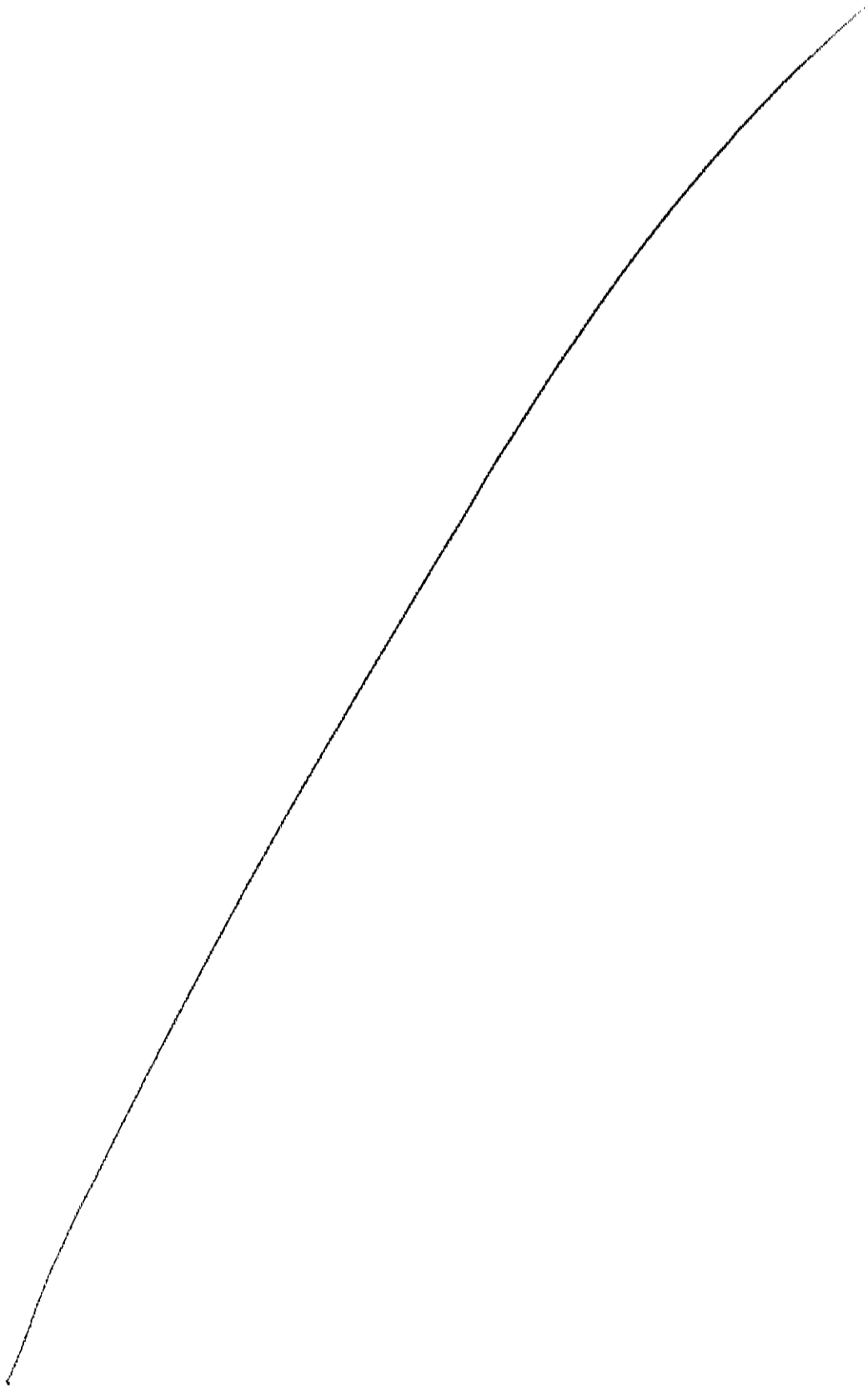
ESAME DELLA BUSTA ECONOMICA	Inizio	Fine
	08/07/2016 11:42:55	13/07/2016 12:02:42

Concorrente	Offerta Economica (fac-simile di sistema)	
	Valutazione	Note
YPSOMED ITALIA S.R.L.	Approvato	nessuna

Classifica della gara (Prezzo più basso)

Concorrente	Valore complessivo dell'Offerta
YPSOMED ITALIA S.R.L.	1393,50

Note di gara	nessuna
Note specifiche lotto 3	nessuna



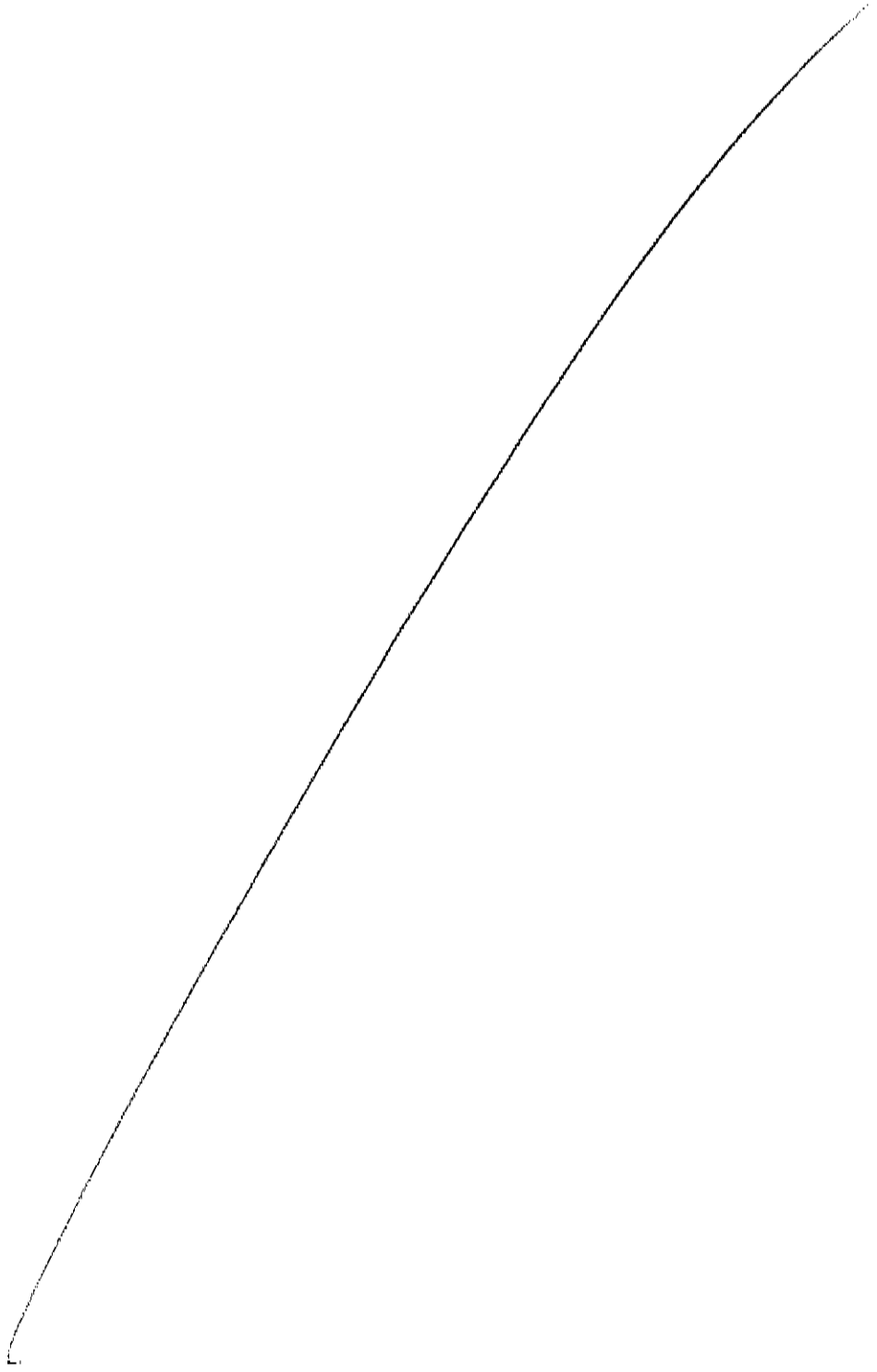
acquistinretepa.it

Procedura di acquisto elettronica

OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:	
Numero RDO	1265653
Nome RDO	RDO per aggiudicazione Microinfusori per insulina
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	3 (YPSOMED ITALIA Srl)

AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO	
Amministrazione	AUSL 5 ORISTANO
Partita IVA	00681110953
Indirizzo	Via Carducci, 35 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317070
Fax	078373315
PEC Registro Imprese	FABIOLA.MURGIA@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinante	MURGIA FABIOLA

CONCORRENTE	
Ragione Sociale	YPSOMED ITALIA S.R.L. Società a Responsabilità Limitata
Partita IVA	08438570965
Codice Fiscale Impresa	08438570965
Provincia sede registro imprese	MI
Numero iscrizione registro imprese	MI-2026109
Codice Ditta INAIL	19345725/25
n. P.A.T.	21923608/14
Matricola aziendale INPS	8713677421
CCNL applicato	COMMERCIO E TERZIARIO CONF. COMMERCIO
Settore	COMMERCIO
Indirizzo sede legale	VIA SANTA CROCE 7 - VARESE (VA)
Telefono	03321890607
Fax	03321890605
E-mail di Contatto	YPSOMED.ITALIA@PEC.IT
Offerta sottoscritta da	HAAG PETER
L'Offerta irrevocabile ed impegnativa fino al	31/08/2016 23:59



OGGETTO (1 DI 1) DELL'OFFERTA	
Descrizione	MyLife Omnipod - Starter kit - 16301-5K
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	1
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Marca	mylife OmniPod
Codice Articolo Produttore	16301-5k
Nome Commerciale	Starter Kit
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
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 nazionale/versione	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 – intervallo in minuti]	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
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	1393,5

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 Euro 0,00

OFFERTA ECONOMICA:
1393,50 Euro
Milietrecentonovantatre/50 Euro

INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

- Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 5 giorni dalla stipula
- Dati di Consegna:
Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - Oristano - 09170 (OR)
- Dati di Fatturazione:
Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via carducci n° 35Oristano - 09170 (OR)
- Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo complessivo verrà spedita a:

AUSL 5 ORISTANO / CODICE FISCALE: 00681110953
- Termini di pagamento:
60 GG Data Ricevimento Fattura

Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA 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 alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinante in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, 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 aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di 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 di non essere a conoscenza della partecipazione alla presente procedura di soggetti che si trovano rispetto al concorrente dichiarante in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 c.c., e di aver formulato autonomamente l'offerta;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "3" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- 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'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale 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.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi de Testo Unico del

22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

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