

**MODULO****RICHIEDA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

ASL SardegnA  
Azienda Tutela Salute  
ASSL Nuoro

**- 8 GIU 2023**

**POSTA IN ARRIVO**

**MODULO RICHIEDA APPARECCHIATURE  
BIOMEDICHE**

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: **Struttura Distretto/Presidio 2022** cui è riferito (es. Cardiologia\_SanFrancesco\_2022.doc) e inviargli via e-mail al seguente indirizzo: [tecnologia@aslnuoro.it](mailto:tecnologia@aslnuoro.it)

RICHIEDENTE	
Data richiesta	02.03.2022 (già 16.9.22)
P.O./Distretto	S. FRANCESCO - NUORO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	S.C. PATOLOGIA CLINICA
Responsabile struttura	D. SSO M. CRISTINA GARAU
Referente	"
Telefono	328 4187729
Email	maria.cristina.garau@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	ANALIZZATORE IMMUNOENZIMATICO IN CHEMILUMINESCENZA (CLIA)
Quantità richiesta	1
Costo presunto (comprensivo di IVA)	€ 39.960,00 (al netto di IVA)
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa

**RISORSE AGGIUNTIVE**

Per le Apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

**ACCESSORI:** L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?

(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

SI  NO

Descrizione	Quantità	Costo (Ivato)
<b>TOTALE</b>		



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI  NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (ivato)
PUNTALE NON.		SCONTO MERCE
CARTA TERMICA		h
CQ PATHFAST PRESEP.		h
TOTALE		

RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?

SI  NO

Se SI, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.

[Empty box for specifying additional personnel or training courses]

RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?

SI  NO

Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.

[Empty box for describing logistical and infrastructure resources]

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<input type="checkbox"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="checkbox"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="checkbox"/> Apparecchiatura di <b>NUOVA INTRODUZIONE</b> <input type="checkbox"/> Apparecchiatura <b>INFUNGIBILE</b>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	

\*In caso di **SOSTITUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Insicurezza:** L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- **Obsolescenza:** L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni nel caso di grossi impianti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manutentiva.
- **Scarsa produttività:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.
- **Prestazioni inadeguate:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni alternative in grado di migliorare significativamente la qualità delle prestazioni erogate.

In caso di **INTEGRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Incremento apparecchiature-scorta:** Si richiede di incrementare il numero di apparecchiature già presenti in azienda (per esempio si richiede l'incremento del numero di monitor multiparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- **Miglioramento produttività/qualità:** Si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).
- **Aggiornamento tecnologico:** Si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di garantire l'aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda.

In caso di **NUOVA INTRODUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- ✕ **Innovazione:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici.



Spett.le,

ATS Sardegna  
ASSL Nuoro  
c.a. Dott.ssa Cristina Garau

OFFERTA Nr 191 Del 23/12/2021

**gcpa**  
age quod agis



GEPA S.r.l. Gestione Elettromedicali Prodotti per Analisi  
Email: info@gepasrl.it - Web: www.gepasrl.it  
Tel +39 02 3505585 - Fax +39 02 38306545  
Cod. Fisc. P.IVA 03233560964  
Reg. Imp. R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1659563  
Cap. Soc. Sottoscritto € 80.000,00 Versato € 80.000,00

Con la presente abbiamo il piacere di sottoporre, a seguito Vs espressa richiesta di preventivo per fornitura **Analizzatore PATHFAST** per il dosaggio quantitativo di **biomarcatori di sepsi Procalcitonina e Presepsina in Chemiluminescenza (CLEIA)** su sangue intero/plasma/siero, la nostra migliore proposta di contratto.

Numero di determinazioni previste sono paria a:  
2160 Presepsina

COD.GEPA	DESCRIZIONE	CONF. PZ	Quantità	Prezzo unitario a conf.	Prezzo unitario a test	Importo
PF300929	Analizzatore PATHFAST	N. 1	1	Comodato d'uso	n.d.	€ 0,00
SAT - PF - FR	Servizio di Assistenza Tecnica FULL RISK	nd	1	Compreso	n.d.	€ 0,00
<b>Reagenti Test Kit</b>						
PF 1201-K	TEST kit PATHFAST PRESEPSIN	Conf. 60 test	36	€ 1.110,00	€ 18,50	€ 39.960,00
<b>Reagenti Controlli di Qualità</b>						
PF 0201-K	CQ PATHFAST PRESEPSIN Control Set 2 liv.	2x1 ml/liv.	10	Sconto Merce	€ 0,00	€ 0,00
<b>Materiale Consumabile</b>						
PF300936/1	PATHFAST TIP - Puntale Monouso	Conf. 42 pz	52	Sconto merce	€ 0,00	€ 0,00
PF300943	Carta termica per stampante (rotoli)	Conf. 10 pz	4	Sconto merce	€ 0,00	€ 0,00
<b>TOTALE FORNITURA al netto IVA</b>						<b>€ 39.960,00</b>



**Tabella Codici CND e N. Repertorio:**

PF 300929	Analizzatore PATHFAST	W02010690	1300507
PF 1201-K	Test kit PATHFAST PRESEPSIN	W01020190	1300539
PF 300936	Puntale	W0201069085	1384134
PF 300943	Rotolo carta	W0201069085	1384135
PF 300950	Contenitore rifiuti	W0201069085	1393246
PF 0201-C	CQ PATHFAST PRESEPSIN Control set	W01021599	1301246

Con il comodato d'uso è incluso il Servizio di Assistenza Tecnica FULL RISK che comprende:

- **Installazione e collaudo;**
- **Help desk 7/7 h24** tramite linea di emergenza;
- **Sostituzione dispositivo** per fermo macchina maggiore di 24h;
- **Manutenzione Preventiva Programmata:** verifiche prestazionali, funzionali e qualitative in numero una visita all'anno;
- Numero illimitato di interventi di **manutenzione straordinaria**
- **Esente da massimali di riparazione** incluse parti di ricambio, le spese di viaggio, di trasferta, di manodopera e gli oneri accessori;
- **Formazione personale utilizzatore** in numero sessioni a necessità dell'utilizzatore e continuativa per tutta la validità del contratto;
- **Supporto Specialistico** telefonico ed in loco;

**CONDIZIONI DI FORNITURA:**

**RESA:** Porto franco vostro magazzino

**IVA:** Aliquota IVA 22% in vigore a carico del Cliente;

**CONSEGNA:** entro 5 gg dal ricevimento dell'ordine;

**PAGAMENTO:** 30 giorni d.f.f.m. a mezzo Bonifico Bancario a favore di Gestione Elettromedicali Prodotti per Analisi, GEPA Srl c/o Banca Intesa San Paolo, IBAN IT30P0306909534008061000142;

**VALIDITA' OFFERTA:** 60 giorni dalla data della presente;

