

ORIGINALE

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1989 DEL 07 NOV. 2023

OGGETTO: AFFIDAMENTO AI SENSI DELL'ART.50 CO.1)B) D.LGS. N. 36/2023 E ART.1 CO. 130 L.N.145/2018 PER L'ACQUISTO DI INTEGRATORE ALIMENTARE E DISPOSITIVO COSMETICO PER PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA RARA AI SENSI DEL D.D.G. 2679 DEL 198/11/2009 E S.M.I. -CIG n. ZB93D1B6E7 e n. Z5F3D1B728.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. PROVVEDITORATO

PROPOSTA N. 2246 DEL 3-11-2023

Il Funzionario Istruttore
(Dott. Galegéro Casesa)

Il Dirigente Amministrativo
(D.ssa Maria Tirrò)

IL DIRETTORE U.O.C.
Il Responsabile Provveditorato
(D.ssa Cinzia Schina)

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. SEFP del _____

CE.

C.P.

Conti diversi

L'ADDETTO RESPONSABILE
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

03 NOV. 2023

L'anno duemilaventitre il giorno SETTE del mese di NOVEMBRE nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Mario Zappia, nominato con Decreto Assessoriale n. 696/2020 del 31/07/2020, modificato con D.A. 3/2023/GAB del 10/01/2023 e con D.A. 28/2023 del 29/06/2023 e ulteriormente modificato con D.A. 32/2023/GAB del 27/10/2023, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e s.m.i. e del Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023 e s.m.i., con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOT.TSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore U.O.C. Provveditorato D.ssa Cinzia Schinelli

VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

PREMESSO

- che il Direttore UOC Farmacia, con nota prot. 141235 del 22/09/2023 in allegato, ha richiesto l'acquisto di integratore alimentare e dispositivo cosmetico per paziente affetto da malattia rara ai sensi del D.D.G.2679 del 19/11/2009, contraddistinta con il codice di esecuzione (RNG130), diagnosticata dalla Fondazione Luigi Maria Monti Istituto dermatologico dell'immacolata istituto di ricovero e cura a carattere scientifico via dei monti dicreta,104-00167 Roma, allegando preventivo di spesa;

- che le dette proposte commerciali espongono una spesa complessiva di €. 475,68+ IVA, di seguito meglio specificate;

- €.288,00 per n. 360 bst (fabbisogno annuale) di Normast 600mg prodotti dalla ditta Epitech;
- €.187,68 per n.12 flaconi (fabbisogno annuale) per Ictyane crema 400ML prodotti dalla ditta Pierre Fabre Italia;

VISTI

- l'art. 50 co. 1 b) D.Lgs n. 36/2023 e l'art. 1 co. 130 L. 30.12.2018 n. 145 (Legge di Bilancio 2019), che ha innalzato la soglia per non ricorrere al ME.PA. per l'acquisto di integratore alimentare e dispositivo cosmetico per paziente affetto da malattia rara ai sensi del D.D.G.2679 del 19/11/2009 al prezzo offerto di €. 475,68 + IVA;

VISTI

- il DURC regolare ai fini INPS e INAIL;

DATO ATTO

- che, in conformità a quanto previsto dall'art. 1, commi da 548 a 550, della Legge n. 208/2015 (Legge di stabilità 2016), i beni richiesti non rientrano tra le categorie merceologiche previste dal DPCM del 11.07.2018 (entrato in vigore il 16.08.2018) emanato ai sensi del Decreto Legge 66/2014, convertito con Legge 89/2014, in relazione all'individuazione delle categorie di beni e servizi, nonché delle soglie al superamento delle quali, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti, in via esclusiva, ad approvvigionarsi per il tramite della centrale regionale di committenza (soggetto aggregatore di riferimento), ovvero della Consip;

VISTO:

- l'art. 50, comma 1, lettera b) del D. Lgs. n. 36/2023, che consente l'affidamento diretto dei servizi e forniture di importo inferiore a € 140.000,00;
- la regolarità contributiva del DURC ai fini INPS e INAIL;
- l'assenza d'iscrizioni nel casellario ANAC;

- l'art. 49 co. 6 D. Lgs. 36/2023 che consente di derogare all'applicazione del principio di rotazione per gli affidamenti di importo inferiore a € 5.000,00;

RITENUTO, attesa l'urgenza e il valore della stessa possibile

- affidare, ai sensi dell'art. 50 co.1)b) D.lgs. n. 36/2023 e alle linee guida ANAC n. 4 aggiornate a seguito dell'art. 1 co. 130 L. 30/12/2018 n. 145 (Legge di Bilancio 2019), modificato dall'art. 1 co. 450 L. 27/12/2006 n. 296, che ha innalzato la soglia per non rincorrere a ME.PA da € 1.000,00 a € 5.000,00, la fornitura annua di integratore alimentare e dispositivo cosmetico per paziente affetto da malattia rara giusta nota prot.141235 del 22/09/2023 della Farmacia del P.O. di Agrigento al prezzo complessivo di € 475,68 + IVA, che si discrimina come segue:

- €288,00 per n. 360 bst (fabbisogno annuale) di Normast 600mg prodotti dalla ditta Epitech da imputare sul conto C501010801 Bilancio 2023;
- €187,68 per n.12 flaconi (fabbisogno annuale) per Ictyane crema 400ML prodotti dalla ditta Pierre Fabre Italia da imputare sul conto C501011201 Bilancio 2023:

DATO ATTO che è possibile approvare i preventivi di spesa di cui alla nota prot. n. 141235 del 22/09/2023 delle società Epitech ed Pierre Fabre ed affidare alle stesse, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera b) del D. Lgs. n. 36/2023, la fornitura di che trattasi;
Ritenuto e considerato quanto sopra;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- 1) **PRENDERE ATTO** della nota prot. n. 141235 del 22/09/2023 del Direttore della Farmacia del P.O. di Agrigento recante la fornitura di integratore alimentare e dispositivo cosmetico per paziente affetto da malattia rara ai sensi del d.d.g. 2679 del 198/11/2009 e s.m.i.
- 2) **PRENDERE ATTO** e approvare le offerte allegate alla nota prot. 141235 delle società Epitek e Pierre Fabre in premessa riportate;
- 3) **AFFIDARE** la fornitura per l'acquisto di integratore alimentare e dispositivo cosmetico alle società di seguito specificate:
 - n. 360 bst (fabbisogno annuale) di Normast 600mg prodotti dalla ditta Epitech- CIG ZB93D1B6E7;
 - n.12 flaconi (fabbisogno annuale) per Ictyane crema 400ML prodotti dalla ditta Pierre Fabre Italia – CIG Z5F3D1B728
- 4) **IMPUTARE** la spesa discendente dal presente atto pari a € 475,68 + IVA come segue:
 - €288,00 per n. 360 bst (fabbisogno annuale) di Normast 600mg prodotti dalla ditta Epitech da imputare sul conto C501010801 Bilancio 2023;
 - €187,68 per n.12 flaconi (fabbisogno annuale) per Ictyane crema 400ML prodotti dalla ditta Pierre Fabre Italia da imputare sul conto C501011201 Bilancio 2023:

- 5) **MUNIRE** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, attesa l'urgenza di assicurare la fornitura in favore del P.O. di Agrigento.

ATTESA, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore UOC Provveditorato
(D.ssa Cinzia Schinelli)

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSE

Parere

Data

favore
07/11/2013

Il Direttore Amministrativo
Dott. Alessandro Mazzara

Parere

Data

favore
07/11/2013

Il Direttore Sanitario
Dott. Emanuele Cassarà

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dalla D.ssa Cinzia Schinelli, Direttore della U.O.C. Provveditorato, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;
Tenuto conto dei pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dalla D.ssa Cinzia Schinelli, Direttore della U.O.C. Provveditorato.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Mario Zappia

Il Segretario verbalizzante
IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Ufficio Staff e Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cinque

ASP
AGRIGENTO

Servizio Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Sede legale viale della Vittoria, 321 92100 Agrigento

P.O. SAN GIOVANNI DI DIO-Cda Consolida 92

Unità Operativa Complessa Farmacia

Servizio Distribuzione Diretta

PROT. N° 149235 DEL 22/09/2023

Al Direttore U.O.C Provveditorato
Dott. Oreste Falco

Oggetto: Richiesta per l'acquisto urgente di integratore alimentare e dispositivo cosmetico per paziente affetto da malattia rara ai sensi del D.D.G. 2679 del 19/11/2009 e s.m.

Con la presente si chiede, l'acquisto del seguente dispositivo ed integratore alimentare per il paziente T.A affetto da Malattia rara, contraddistinta con il codice di esenzione (RNG130), diagnosticata dalla Fondazione Luigi Maria Monti Istituto dermatologico dell'Immacolata istituto di ricovero e cura a carattere scientifico via dei monti dicreta, 104-00167 Roma

In allegato offerte economiche e dichiarazione d'infungibilità.

SPECIALITA'	AZIENDA	COSTO UNITARIO	COSTO COMPLESSIVO IVA ESCLUSA	FABBISOGNO ANNUALE
Normast 600mg microgranuli bst	EPITECH	€ 0,80 Iva esclusa	€ 288	360 bst
Ictyane crema 400ML	Pierre fabre ITALIA	€ 15,64 Iva esclusa	€ 187,68	12Flaconi

La Dirigente Farmacista
Dott.ssa Mariella D'Anna

Mariella D'Anna

Direttore UOC Farmacia
Dr. Giuseppe Bellavia

RICHIESTA D'ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI, PRESIDI MEDICI CHIRURGICI, DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO, DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE O ALTRI MATERIALI SANITARI DA UN PRODUTTORE/FORNITORE PREDETERMINATO (INFUNGIBILI e/o ESCLUSIVI)

Unità operativa richiedente: ATLBUATORIO MALATTIE RARE - IDI IRCCS
ROMA

Prodotto e caratteristiche tecniche: ICTYANE CISTIA 400ml

Codice Repertorio Nazionale: _____

Esigenze che stabiliscono l'acquisto presso operatore determinato:

NEL REPERTORIO AZIENDALE NON SONO DISPONIBILI PRODOTTI CON CARATTERISTICHE CHE GARANTISCANO SOLUZIONI EQUIVALENTI IN TERMINI DI PRESTAZIONI O REQUISITI FUNZIONALI, FATTE SALVE LE VARIABILITÀ INDIVIDUALI;

I PRODOTTI PRESENTI IN REPERTORIO EQUIVALENTI HANNO REQUISITI FUNZIONALI CHE COMPORTANO INCOMPATIBILITÀ O DIFFICOLTÀ TECNICHE SPROPORZIONATE PER IL LORO IMPIEGO;

DETTAGLIARE LA MOTIVAZIONE: UNICA CISTIA EFFACE
E BGN TOLLERATA DA QUANTO INTERESSE
IL PAZIENTE

Produttore: DUCRAY

Società Distributrice: _____

Costo preventivato per l'acquisto: _____

Stima di consumi annuali: _____

DICHIARAZIONE D'INFUNGIBILITA'

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità di natura disciplinare e deontologica, amministrativo-contabile per danno erariale e penale, dichiarano che per le indicazioni sopra specificate nel repertorio nazionale, non sono disponibili prodotti con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali.

data 20/07/2023

Il Direttore dell'Unità Operativa richiedente

PARERE del Direttore del P.O. di riferimento:

Favorevole con restrizione d'impiego

Favorevole subordinato alla definizione di schede di monitoraggio e/o raccomandazioni per il corretto utilizzo delle apparecchiature e delle strumentazioni proposte

Sospensione del parere con richiesta di approfondimenti e/o ulteriore documentazione

IRCCS
2007
97120

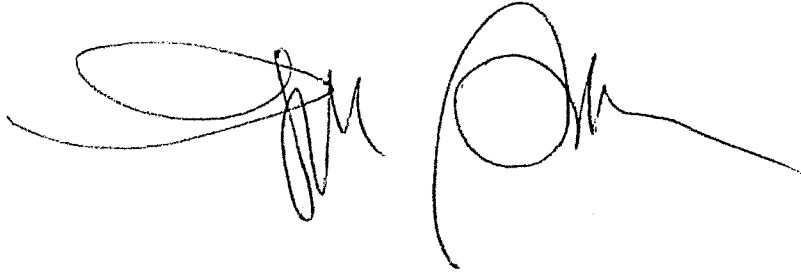
CONTRARIO (motivare):

Data _____ Firma _____

~~FARE~~ parere direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera:

FAVOREVOLE CONTRARIO

Data _____ Firma _____



Durc On Line

Numero Protocollo	NAIL_39889578	Data richiesta	07/08/2023	Scadenza validità	05/12/2023
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	EPITECH GROUP SPA UNIPERSONALE
Codice fiscale	03630550287
Sede legale	VIA EGADI, 7 20144 MILANO (MI)

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S.
I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.

Durc On Line

Numero Protocollo	NAIL_40587913	Data richiesta	03/10/2023	Scadenza validità	31/01/2024
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	PIERRE FABRE PHARMA SRL
Codice fiscale	10128980157
Sede legale	VIA GIORGIO WASHINGTON, 70 20146 MILANO (MI)

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S.
I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amministrativo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

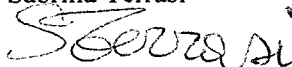
Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

X Immediatamente esecutiva dal **07 NOV. 2023**
Agrigento, li **07 NOV. 2023**

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi



REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi