



Fondazione IRCCS  
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

U.O.C. PROVVEDITORATO-ECONOMATO

Direttore  
Dott.ssa Olivia Piccinini

Tel. 0382 503983  
Fax 0382 503990

[o.piccinini@smatteo.pv.it](mailto:o.piccinini@smatteo.pv.it)

## **CONSULTAZIONE DI MERCATO EX. ART. 66 D.LGS. 50/2016 PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo intendere provvedere all'acquisizione di manifestazioni di interesse, nel rispetto del principio della non discriminazione, parità di trattamento e trasparenza, da parte di operatori economici interessati ad essere consultati ed invitati alla procedura di gara che verrà successivamente effettuata tramite piattaforma telematica regionale Sintel, relativa all'acquisizione **dei farmaci di cui all'allegato A).**

Si indica che la durata minima del contratto sarà di mesi 6 (+ eventuali 6), salvo diversa successiva durata, che verrà specificata nei documenti di gara.

Si precisa che attraverso il presente avviso si intende esclusivamente svolgere un'indagine di mercato finalizzata ad individuare candidature di operatori economici in grado di garantire la fornitura in oggetto e non costituisce proposta contrattuale.

La Fondazione si riserva in ogni caso la possibilità di interpellare anche ditte che non abbiano risposto all'avviso stesso.

Gli operatori interessati sono pregati di inviare entro e non oltre **le ore 15,00 del giorno 02/12/2020** all'indirizzo mail: [p.gelmetti@smatteo.pv.it](mailto:p.gelmetti@smatteo.pv.it) la seguente documentazione:

1. Dichiarazione di interesse alla fornitura, con i dati identificativi della società (ragione sociale, telefono, mail ufficio gare, contatti etc...);
2. Dichiarazione delle forniture analoghe/i eseguite nell'ultimo triennio con l'indicazione degli importi e dei destinatari

**Si precisa che nessun dato di carattere economico deve essere inserito nella documentazione di cui sopra.**

**IN CASO il portale dovesse chiedere di indicare un valore di carattere economico per completare la procedura, si prega, quindi nello - step - dedicato di inserire il valore di € 1,00 = al fine procedere. DETTO VALORE NON SARA' IN NESSUN CASO CONSIDERATO.**

Si precisa altresì che eventuali valori relativi ai costi della sicurezza afferenti l'attività svolta dell'operatore economico, costi del personale e costi della sicurezza da interferenza, **SE RICHIESTI DALLA PIATTAFORMA ALL'ATTO DEL CARICAMENTO DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE,** dovranno essere inseriti per un valore pari a € 0,00 =.

Per ulteriori chiarimenti si prega di prendere contatti con: Dr.ssa Paola Gelmetti (tel. 0382/501384).

**IL DIRETTORE DELLA U.O.C.  
PROVVEDITORATO – ECONOMATO  
(Dr.ssa Olivia Piccinini)**

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico  
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180  
V.le Golgi 19 - 27100, PAVIA - Tel. 0382.5011  
[www.sanmatteo.org](http://www.sanmatteo.org)

**ALLEGATO A**

LOTTO	PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO E FORMULAZIONE	QUANTITA' ANNUA	CIG	NOTE
1	BACILLO CALMETTE GUERIN	FL 2 ML	200		
2	ISAVUCONAZOLO	CPS 100 MG	4200		
3	ETANERCEPT * PRODOTTO BRAND PER CONTINUITA' TERAPEUTICA	PENNA PRERIEMPITA 50 MG 1 ML	3000		
4	ETANERCEPT * PRODOTTO BRAND PER CONTINUITA' TERAPEUTICA	PENNA PRERIEMPITA 25 MG 0,5 ML	600		
5	ADALIMUMAB SIRINGA PRERIEMPITA 40 MG 0,4 ML - HUMIRA PER CONTINUITA' TERAPEUTICA	SIRINGA PRERIEMPITA 40 MG 0,4 ML	3800		
6	ADALIMUMAB SIRINGA PRERIEMPITA 40 MG 0,4 ML - HUMIRA PER CONTINUITA' TERAPEUTICA	PENNA PRERIEMPITA 40 MG 0,4 ML	1500		
7	ADALIMUMAB SIRINGA PRERIEMPITA 40 MG 0,4 ML - HUMIRA PER CONTINUITA' TERAPEUTICA	SIRINGA PRERIEMPITA 20 MG 0,2 ML	8		
8	CABOZANTINIB	CPR 20 MG	150		
9	CABOZANTINIB	CPR 40 MG	900		
10	LETERMOVIR	FL 12 ML (20 MG/ML) 240 MG			
11	LETERMOVIR	FL 24 ML (40 MG/ML) 480 MG	720		
12	ABEMACICLIB	CPR 50 MG	672		H SAN MATTEO
13	ABEMACICLIB	CPR 100 MG	1344		H SAN MATTEO
14	ABEMACICLIB	CPR 150 MG	11424		H SAN MATTEO
			1260		PRIVATI
15	USTEKINUMAB	FL 26 ML (5MG/ML)	20		

16	RIOCIGUAT		CPR 1 MG CONF X 42 CPR	1386	
17	ANTITRIPSINA ALFA1		FL 40 ML 1000 MG	900	
18	DURVALUMAB		50 MG/2,4 ML FL IV	400	
19	DURVALUMAB		50 MG/10 ML FL IV	500	
20	DAMACTOCOG ALFA PEGOL		1000 UI POLVERE PER SOL. INIETT.LE	48	
21	RURIOCTOGOC ALFA PEGOL		1000 UI/2 ML POLVERE PER SOL. INIETT.LE	48	
22	CELIPLIMAB		FL 7 ML (50 MG/ML) 350 MG	102	
23	RUCAPARIB		CPR RIV 200	600	
24	RUCAPARIB		CPR RIV 250	600	
25	RUCAPARIB		CPR RIV 300	14400	
26	TILDRAKIZUMAB		SIRINGA PRERIEMPITA USO SC 1 ML	30	
27	TIOTEPA		15 MG (10 MG/ML) FL	250	
28	TIOTEPA		100 MG (10MG/ML) FL	220	
29	ELOSULFASE ALFA		5MG (1MG/ML)	540	