



Azienda Ospedaliero
Universitaria
di ALESSANDRIA
Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo

Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it

asolessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

**S.C. PROCESSI AMMINISTRATIVI GENERALI
E DI APPROVIGIONAMENTO**

Direttore: Dott. Fabrizio Ferrando

Responsabile del procedimento: Dott. Gianluca Miglietta

Referente: Dott.ssa Repetto Noemi

tel. 0131206982, email noemi.repetto@ospedale.al.it

acquisti-logistica@pec.ospedale.al.it

AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO

PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ESECUZIONE DI PANNELLI GENETICI PER PATOLOGIE NEUROLOGICHE PER LA S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI ALESSANDRIA

Il presente avviso è volto agli operatori economici interessati a partecipare alla consultazione preliminare di mercato, art. 77 del D.Lgs. n. 36 del 31.03.2023 e s.m.i., finalizzata alla raccolta di informazioni per l'individuazione di operatori economici da invitare alla procedura negoziata per l'affidamento del servizio di esecuzione di pannelli genetici per patologie neurologiche per la S.C. Neuropsichiatria Infantile dell'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA di ALESSANDRIA

Si precisa che il presente avviso è finalizzato esclusivamente a ricevere manifestazioni d'interesse per favorire la partecipazione e la consultazione di operatori economici che, essendo in possesso dei requisiti di seguito richiesti, siano interessati ad essere invitati.

L'acquisizione delle candidature non comporta l'assunzione di alcun obbligo specifico da parte di questa Amministrazione che non assume pertanto alcun vincolo in ordine alla propria attività negoziale.

Breve descrizione del servizio

Oggetto del servizio è l'esecuzione di pannelli genetici per patologie neurologiche per la S.C. Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Alessandria (n. test annui presunti 10) da svolgere con le seguenti modalità:

- Fornitura di eventuali kit di raccolta dei campioni biologici con istruzioni operative;
- Ritiro dei campioni da parte dell'impresa aggiudicataria del servizio presso la S.C. Neuropsichiatria Infantile a seguito di richiesta effettuata con modalità che saranno concordate con il responsabile della Struttura;
- Mappaggio dei geni associati alle patologie sopra esposte secondo lo schema di riferimento delle sindromi e test genetici correlati;
- Refertazione dei risultati dei test eseguiti con interpretazione e conclusioni cliniche ed invio del referto in formato elettronico e cartaceo sottoscritto dalla struttura richiedente entro un tempo massimo di 2 mesi dalla data di richiesta.

Durata e importo contrattuale

Il servizio avrà durata triennale con decorrenza dalla data di stipula del contratto con un eventuale opzione di rinnovo di 12 mesi.

Criterio di selezione

Il servizio sarà aggiudicato in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 108, del D. Lgs. 36/2023 e s.m.i., individuata sulla base del miglior rapporto "qualità/prezzo" in base ai parametri di valutazione che saranno specificati negli atti di gara.



Soggetti ammessi alla manifestazione di interesse

Sono ammessi a presentare manifestazione di interesse i soggetti di cui all'art. 65 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i. in possesso dei requisiti generali di cui all'art. 94 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i..

Modalità e termine per la presentazione della manifestazione di interesse

Gli operatori economici interessati a partecipare alla procedura dovranno candidarsi, nei termini previsti, mediante la piattaforma Sintel, accedendo al sito internet: www.aria.regione.lombardia.it.

La partecipazione alla consultazione preliminare di mercato è assolutamente gratuita e non è finalizzata all'aggiudicazione di alcun contratto, ossia non assicura e non preclude, rispetto alla partecipazione alla successiva gara d'appalto, non costituendo condizione di accesso, né impegno alcuno circa il proseguo della procedura.

L'operatore economico interessato deve presentare l'Istanza di manifestazione di interesse - Allegato A) al presente avviso - sottoscritta dal legale rappresentante, con allegata fotocopia semplice di un documento di validità del sottoscrittore (ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e scheda tecnica di sintesi del sistema proposto in base al modulo allegato al presente avviso.

Gli interessati non possono rivendicare alcun diritto e/o interesse al riguardo e l'Azienda Ospedaliera si riserva di utilizzare quanto raccolto nell'ambito della consultazione preliminare di mercato per la pianificazione e lo svolgimento della procedura di gara e sempre "a condizione che non comportino una violazione dei principi di non discriminazione e di trasparenza".

Si precisa, altresì, che per l'eventuale prestazione di consulenza fornita, non è previsto alcun compenso né pretesa assimilabile all'eventuale successiva gara d'appalto.

Qualora vi sia interesse a presentare offerta in associazione temporanea di impresa, l'istanza di manifestazione di interesse (unitamente alle relative dichiarazioni), deve essere trasmessa in un unico invio, da tutti i futuri componenti del raggruppamento.

La documentazione richiesta dalla Stazione Appaltante deve essere redatta e trasmessa esclusivamente in formato elettronico, attraverso il sistema di intermediazione telematica dell'Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti (A.R.I.A.) della Regione Lombardia denominato "SINTEL", entro e non oltre le **ore 12:00 del 11.10.2024**, pena l'irricevibilità della stessa e comunque la non ammissione.

L'acquisizione delle candidature non comporta l'assunzione di alcun obbligo specifico da parte di questa Amministrazione che non assume, pertanto, alcun vincolo in ordine alla propria attività negoziale.

L'istanza non dovrà contenere alcuna offerta economica.

Richiesta di informazioni e chiarimenti

Eventuali richieste di informazioni e di chiarimenti dovranno essere trasmesse alla stazione appaltante entro le **ore 12.00 del 03.10.2024**.

Ulteriori informazioni

Il presente avviso è finalizzato esclusivamente a ricevere manifestazioni di interesse da parte degli operatori economici idonei all'assunzione del servizio di cui trattasi in quanto in possesso dei requisiti richiesti in attuazione del principio di pubblicità preventiva, nonché di principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità e trasparenza.

La manifestazione di interesse non costituisce prova del possesso dei requisiti di partecipazione generali e speciali richiesti per l'affidamento del servizio, che dovranno essere specificatamente dichiarati



dall'operatore economico e accertati dall'Azienda Ospedaliero Universitaria in occasione della successiva procedura, secondo le modalità prescritte negli atti di gara.

Si procederà invitando a gara anche nel caso pervenga una sola manifestazione di interesse idonea. Se non dovesse pervenire alcuna manifestazione di interesse, il RUP provvederà ad affidamento diretto in via fiduciaria.

Il trattamento dei dati inviati dai soggetti interessati si svolgerà conformemente alle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. - Regolamento europeo G.D.P.R. UE n. 679/2016, per finalità unicamente connesse alla procedura di selezione operatori economici e successiva procedura di affidamento del servizio.

Si indica quale responsabile del procedimento il Dott. Gianluca Miglietta al quale potranno essere richieste eventuali informazioni e chiarimenti al n. tel. 0131.206672 oppure via mail all'indirizzo: gmiglietta@ospedale.al.it.

Le condizioni di accesso e di utilizzo del sistema sono indicate nei seguenti documenti: Modalità tecniche per l'utilizzo della piattaforma SINTEL, Manuali d'uso per gli Operatori Economici cui si fa espresso rimando, sul portale dell'Azienda Regionale Centrale Acquisti (www.arca.regione.lombardia.it) nella sezione Help&Faq: "Guide e Manuali" e "Domande Frequenti degli Operatori Economici".

Per ulteriori richieste di assistenza sull'utilizzo di Sintel si prega di contattare il Contact Center di ARIA via email: supporto@arialombardia.it oppure telefonando al numero verde 800.116.738.

Il presente avviso viene pubblicato sul sito web dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria (www.ospedale.al.it), nella sezione Amministrazione trasparente > bandi di gara e contratti, e sul portale telematico "SINTEL".

Distinti saluti.

IL DIRETTORE

S.C. Processi Amministrativi Generali e di Approvvigionamento
(Dr. Fabrizio Ferrando)

.....

GM/nr

Allegati: istanza di manifestazione



ALLEGATO A)

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ESECUZIONE TEST GENETICI PER LA S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI ALESSANDRIA

_____, sottoscritt _____ nat_ a _____
_____ il _____ residente a _____ via _____
_____ n. _____ in qualità di _____ della _____
con sede in _____ via _____
n. _____ codice fiscale e/o partita IVA _____
telefono _____
fax _____ indirizzo e-mail _____

nel manifestare il proprio interesse a partecipare all'indagine di mercato in oggetto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 DPR 445/2000) sotto la propria responsabilità ai sensi degli art. 46 e 47 del dpr 445/2000

DICHIARA

☐ di essere regolarmente iscritta al Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ con numero _____ dal _____

☐ che gli amministratori, i legali rappresentanti ed i direttori tecnici in carica della propria impresa sono:
cognome nome qualifica/carica luogo e data di nascita
..... comune di residenza....., nello
specifico indicare: il titolare o il direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; i soci o il direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari o il direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza o il direttore tecnico o il socio unico persona fisica, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società.

DICHIARA

Di non essere destinatario di provvedimenti che, anche in via indiretta, comportino il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione.

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle fattispecie previste dall'art. 94 e ss. del D. Lgs. n. 36/2023. (Motivi di esclusione)



DICHIARA

Di accettare la ricezione di tutte le comunicazioni inerenti il presente procedimento, ad uno dei seguenti indirizzi:

fax (obbligatorio) _____

email PEC (obbligatorio) _____

indirizzo (obbligatorio) _____

Nominativo _____

INDICA IL REFERENTE UNICO PER L'AMMINISTRAZIONE

nella persona di (la persona indicata sarà considerata da questa Azienda quale riferimento per tutti i passaggi/comunicazioni relativi alla presente procedura) :

Sig. _____

email _____

Tel. (fisso e cellulare) _____

Fax. _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (codice in materia di protezione di dati personali) - Regolamento europeo G.D.P.R. UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Timbro dell'Operatore economico e
Firma del Legale Rappresentante
