

**U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi****AVVISO ESPLORATIVO PER ACQUISIZIONE BENI INFUNGIBILI PROCEDURA NEGOZIATA
SENZA PREVIA PUBBLICAZIONE DEL BANDO DI GARA****Scadenza il 22/2/2018 ore 12:00**

il presente avviso esplorativo è finalizzato alla verifica di esistenza di ulteriori prodotti rispetto ai dispositivi conosciuti e di seguito indicati – aventi specifiche tecniche “equivalenti” a quelle sotto descritte

I. **PREMESSA:** il presente Avviso persegue gli obiettivi di cui all’art. 66, comma 1 del D.lgs. 50/2016 s.m.i. Le consultazioni preliminari di mercato sono volte a confermare l’esistenza dei presupposti che consentono ai sensi dell’art. 63, comma 1, d.lgs. 50/2016 s.m.i il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando ovvero individuare l’esistenza di soluzioni alternative.

II. **OGGETTO DELLA FORNITURA:** DISPOSITIVI MEDICI DI TIPO SPECIALISTICO PER L’ATTIVITÀ DELLA UOSD DI TERAPIA ANTALGICA

III. **INDICAZIONI ED ESIGENZE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI:** vedasi schede allegate

IV. **DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE:** vedasi schede allegate

V. **DENOMINAZIONE DEL DISTRIBUTORE IN ESCLUSIVA DEI MATERIALI CONOSCIUTI :**

1. ABBOT SPA
2. ALFA MED

Gli operatori economici che ritengano di produrre e/o commercializzare materiali/dispositivi aventi caratteristiche funzionalmente equivalenti, dovranno far pervenire entro il **22/2/2018 ore 12:00** all’indirizzo pec ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

- a) Scheda tecnica del prodotto/dei prodotti in lingua italiana (o tradotta).
- b) Codice rilasciato dal fornitore, eventuale CND di appartenenza, eventuale numero attribuito dal repertorio dei dispositivi medici (se del caso).
- c) Dichiarazione attestante l’equivalenza prestazionale e cioè che le caratteristiche del materiale ottemperino in maniera equivalente alle esigenze di natura manutentiva per le quali è richiesta la fornitura (D.Lgs. 50/2016, art. 68 c. 6), esplicita e dettagliata.



d) Studi scientifici, tecnici o altro materiale, a corredo della ritenuta e dichiarata equivalenza funzionale.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali conferiti dai candidati saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità e le modalità previste dal presente procedimento e per lo svolgimento dell'eventuale successivo rapporto contrattuale. Ad ogni modo ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. si informa che:

- a) il trattamento dei dati personali dei candidati è finalizzato unicamente all'individuazione di un operatore economico per l'eventuale successivo affidamento della fornitura;
- b) il trattamento sarà effettuato dal personale degli uffici competenti nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità, con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- c) i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza dei Responsabili o incaricati o di dipendenti coinvolti a vario titolo nella fornitura da affidare;
- d) all'operatore economico interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003.
- e) Eventuali informazioni e chiarimenti potranno essere richiesti al seguente indirizzo di posta acquisizionebenieserviz@hsangiovanni.roma.it

Il Direttore f.f.

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

(Dott. Paolo Cavallari)


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**
(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		UOSD TERAPIA ANTALGICA	
Codice e descrizione Centro di costo		3110335010	
Dirigente		Tel. 6772	Fax 6768
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

DE-KO LOMBARDE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

 SISTEMA PER DISCECTOMIA LOMBARDE PERCUTANEA
 CON ASPORTAZIONE DEL MATERIALE DISCALE MEDIANTE
 SONDA A COGLIA CON MOVIMENTO MECCANICO

3. FINALITÀ D'USO:

 DISCECTOMIA LOMBARDE PER ERNIE CONTENUTE
 CON DOLORE RADICOLARE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

 TSUNAMI SRL DISTRIBUITO DA:
 ALFA MED SRL

COD. DE-KO 16/15

(NUOVA)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNA
- Fabbisogno annuo 5 (CINQUE)
- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

8051

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
COMPLESSO S. GIOVANNI - ABBADIA
UOZD Farmacia Analgica
Dirigente Medico Livello
Dott. Alessandro Cesaroni

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,



SCHEMA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO SPECIALISTICO

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	U O S D T E R A P I A A N T A L G I C A		
Codice e descrizione Centro di costo	310230000		
Dirigente		Tel. 6772	Fax 6768
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

- In Uso
 Innovazione
 Infungibile (*)

(*) Per prodotto Infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

DE-KO CERVICALE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

SISTEMA PER DISCECTOMIA CERVICALE PERCUTANEA
 CON ASPORTAZIONE DEL MATERIALE DISCALE MEDIANTE
 SONDA A COCLEA CON MOVIMENTO MECCANICO

3. FINALITÀ D'USO:

DISCECTOMIA CERVICALE PER ERNIE CONTENUTE
 CON DOLORE RADICOLARE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

TSUNAMI SRL DISTRIBUITO DA:
 ALFA MED SRL
 COD. DE-KO 13/09 (NUOVO)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNA
- Fabbisogno annuo 5 (CINQUE)
- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

8051

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

AZIENDA OSPEDALIERA
PLESSO S. GIOVANNI AMBRODATA
CORSO Garibaldi Antalgico
Dirigente Medico I Livello
Dott. Alessandro Cesaroni

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA		
Codice e descrizione Centro di costo	31103318010		
Dirigente		Tel. 6 7 7 2	Fax 6 7 6 8
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

In Uso

Innovazione

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

VOYAGER versione BIPOLARE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

ELETTROCATETERE MULTIFUNZIONE EPIDURALE CON PUNTA ATTIVA ORIENTABILE PER PAF (RADIOFREQUENZA) BIPOLARE DOTATO DI SISTEMA DI GUIDA ORIENTABILE E CON MECCANISMO DI BLOCCO DELLA PUNTA, DOTATO DI SENSORE/TERMOCOPPIA E COLLEGATO CON GENERATORE DI RADIO FREQUENZA RAYLIS GIA IN DOTAZIONE ALLA U.O.S.D.

3. FINALITÀ D'USO:

TRATTAMENTO DEL DOLORE RANICOLARE LOMBARE MEDIANTE LUI AERENZE, INFUSIONE DI FARMACI, RADIO FREQUENZA DEL GANGLIO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

ALFA-MED s.r.l. DISTRIBUTORE: SPINE TEACH
cod VA 3540-BB + INTRODOTTORE cod 1A0315

(NUOVO)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione _____

UPA

- Fabbisogno annuo _____

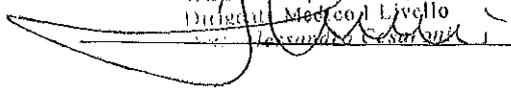
20 (VENTI)

- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

CLINICA OSPEDALIERA
DIPARTIMENTO DI GINECOLOGIA
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
UO di Terapia Antalgica
Dirigente Medico di Livello
Specialista in Anestesiologia



DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA		
Codice e descrizione Centro di costo	3103500		
Dirigente		Tel. 6772	Fax 6768
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

EPI - VOYAGER

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

CATETERE VIDEO GUIDATO ORIENTABILE CON MECCANISMO
DI MOVIMENTO E BLOCCO DELLA PUNTA A QUATTRO CANALI
OPERATIVI: 1) ENDOSCOPIO FLESSIBILE A FIBRA OTTICA SUPERIORE A
6'000 PIXEL 2) CANALE PER MICROSTRUMENTI CHIRURGICI (FOLEY, GRASPER
EG) 3) PER INFUSIONE DI LIQUIDI E FARMACI CON VALVOLA UNIDIREZIONALE
4) RACCOLTA LIQUIDI A CIRCUITO CHIUSO

3. FINALITÀ D'USO:

LISI DELLE ADERENZE PERIDURALI, TRATTAMENTO DEL
DOLORE RADICOLARE NELLE SINDROMI POST-LAMINECTOMIA
ED ERNIA DISCALE ESPULSA-
VISUALIZZAZIONE DIRETTA DELLO SPAZIO PERIDURALE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

ALFA-MED SPA DISTRIBUITO DA ORTHO TECH
cod EA 3010 + KIT INTRODUZIONE EAK 10

(NUOVO)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNA
- Fabbisogno annuo DIECI
- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

036

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
COMPLESSO GIOVANNI-ADDOLORATA
UOSD capo Anestesia
DIRETTORE Assandro Cesaroni
Dott. Assandro Cesaroni

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA		
Codice e descrizione Centro di costo	31103350101		
Dirigente		Tel.	6772 Fax 6768
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

PRODIGY

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

SISTEMA PER STIMOLAZIONE A 500 Hz (BURST) DELLE
VIE MIDOLLARI NELLE PATOLOGIE DOLOROSE CRONICHE DI:
- ARTI SUPERIORI E INFERIORI
- NERVI PERIFERICI
- EMIGRANIA REFRAATTARIA
SENSATORE RICARICABILE CON SVUOTA DECENNALE

3. FINALITÀ D'USO:

TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO REFRAATTARIO
RADICOLARE, PERIFERICO E EMICRANICO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

ST. JUDE MEDICAL

cod 3789 IP6

cod. 3730 SISTEMA DI RICARICA

cod 3186 ALETTRODI A3383 ESTENSIONE

cod 3855 PROGRAMMATORE

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNO
- Fabbisogno annuo 40 (dieci)
- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

0333

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

PLESSO S. GIOVANNI - AUDITORIATA

DIRIGENT. MEDICO I LIVELLO

Dott. Alessandro Cesaroni

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,



**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA		
Codice e descrizione Centro di costo	3110335001		
Dirigente		Tel.	0772 Fax 0768
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

STIMROUTER

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

SISTEMA TOTALMENTE IMPIANTABILE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE
CRONICO DEI NERVI PERIFERICI CON ELETTRODO IMPIANTATO E
COMUNICANTE CON IL GENERATORE VIA "WIRELESS" SENZA NECESSITÀ
DI COLLEGAMENTO CON CAVI.

3. FINALITÀ D'USO:

TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO DA NERVO PERIFERICO
NON RISPONDENTE ALE TERAPIE CONVENZIONALI

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

BIONESS DISTRIBUITO DA: ALFA MED SRL

cod. ST2-1015 ELETTROCATETERE cod. ST5015 Ferrule per il cod. ST7015 elettrodo

NUOVO

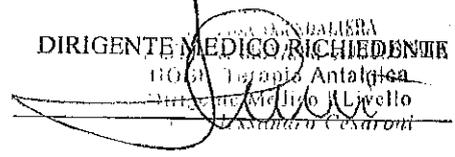
5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione UNO
- Fabbisogno annuo 5 (CINQUE)
- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

ASSISTENZA SANITARIA
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
U.O. Terapia Antalgica
P.O. Medicina Livello
Assistenza Casarini



DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO
SPECIALISTICO**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		U.O.S.D. V. ANTIALGICE	
Codice e descrizione Centro di costo 13121013151001			
Dirigente	Dot. ALESSANDRO CESARENI	Tel. 6 7 7 1 3	Fax 6 7 6 8
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

 In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

DENERVEX

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

Sistema per il trattamento specifico delle faccette articolari mediante RITACAPULAZIONE di ultrasuoni ad alta temperatura e shearing dei tessuti delle capsule articolare mediante l'azione di esplosioni

3. FINALITÀ D'USO:

Trattamento del dolore di natura sulle faccette articolari in soggetti giovani o adulti in piena attività lavorativa

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

DISTRIBUTORE: ALFA MED Via Martiri di Cefalonia 28 07822 Porto S. Giustino

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 10
- Consumo medio mensile 1

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

DIAGNOSI 72190
INTERVENTO 8049

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

[Signature]
 COSELEBO SACCOVA
 N. 030 Terapia Antalgica
 Dirigente Medico I Livello
 Dott. Alessandro Cerruti

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

[Signature]

Data, 31-10-2017

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDI

Data,