allegato "A"

4

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Ospedale San Francesco
Direzione di Presidio

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2018/55788 del 13/02/2018 ore 15,27
Mitt : ASSL Nuoro Presidio Ospedaliero S..
Dest.: GRUPPO REGIONALE VALUTAZIONE RICH
Class · 1. Fasc.: 71 del 2018

Gruppo Regionale Valutazione Richieste Beni e Servizi

Oggetto: fornitura Defibrillatore cardiaco indossabile Zoll Medical Italia

In ottemperanza alla Deliberazione N. 234 del 18.04.2017, si trasmette la pratica relativa alla fornitura di cui all'oggetto.

Si comunica che nessuna Direzione di Presidio dell'ATS ha manifestato interesse per il suddetto dispositivo (Nota invio ASSL Nuoro Prot. N. 105594 del 22.12.2017).

Distinti saluti.

Il Direttore del P. O. San Francesco
Dott. Pasquale Arca

Per ... ASSL Nuoro
... Nuoro
Dott.ssa Antonella Tatti

Direzione Presidio San Francesco
Via Mannironi 08100 NUORO
Tel. 0784 240225 - fax 0784/240236
segreteria.ds.hsf@asslnuoro.it

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Direzione Area Socio Sanitaria Locale

ALLEGATO 1 – MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE PRODOTTO/SERVIZIO INFUNGIBILE ED ESCLUSIVO

STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE Unità Operativa Complessa Cardiologia P.O. san Francesco-Nuoro

TIPOLOGIA PRODOTTO/SERVIZIO defibrillatore cardiaco indossabile per la prevenzione della morte improvvisa

PRESTAZIONE RIENTRANTE NEI L.E.A.: **SI** **NOx**

Indicazione terapeutica per specifica patologia

Prevenzione della morte improvvisa in:

In pazienti con cardiopatia ischemica con frazione di eiezione ≤40% quando il rischio di morte improvviso non sia stato ancora determinato o quando l'impianto di ICD non sia praticabile

in pazienti con cardiomiopatia non ischemica e frazione di eiezione ≤35% quando il rischio di morte improvviso non sia stato ancora determinato o quando l'impianto di ICD non sia praticabile

nei pazienti che hanno avuto un espianto di ICD quando un reimpianto non sia immediatamente praticabile

nei pazienti in attesa di trapianto cardiaco

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici

Prevenzione morte cardiaca improvvisa

_____

_____

Altro (specificare)

_____

_____

_____

PRODUTTORE/FORNITORE **Zoll Medical Italia (Bologna)**

COSTO PER SINGOLA PRESTAZIONE **3.700,00 euro per mese**

NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE (per le specifiche vedasi oltre) 10 (dieci)

COSTO TOTALE PREVENTIVATO 37.000,00 Euro

FORMA DI ACQUISIZIONE PROPOSTA

contratto di locazione mensile compreso di training al paziente, attivazione e inserimento del paziente nel sistema di monitoraggio remoto Lifevest network, assistenza tecnica on line 24h, assistenza per tutto il periodo di noleggio 7 gg su 7. Sostituzione fornitura del materiale di ricambio

EVENTUALI MATERIALI DI CONSUMO DEDICATI: SI NOx

SE SI E' RISPOSTO "SI'" ALLA PRECEDENTE DOMANDA, INDICARE TIPOLOGIA E QUANTITATIVI PRESUNTI, NONCHE' RELATIVI COSTI PER IL PERIODO CONSIDERATO

PRODOTTO GIÀ IN USO IN ALTRE UU.OO.: SI NOx

L'ACQUISIZIONE DEL BENE/SERVIZIO IMPLICA INCREMENTO DI PERSONALE? SI NO x

SE SI', SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:

Particolari esigenze di formazione del personale

nessuno

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno 10 impianti

Previsione dei consumi per anno (includendo ogni voce di costo)

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili prodotti alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 9 Dicembre 2017

Dirigente richiedente Dott. Gavino Casu

ATS Sardegna - Area Socio Sanitaria Locale - Oroni - U.O. CARDIOLOGIA

Direttore Struttura/U.O. richiedente Dott. Gavino Casu

VAGLIO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO

IL DISPOSITIVO TROVA APPLICAZIONE IN TUTTI QUEI CASI IN CUI NON È OPPORTUNO IMPIANTARE UN DEFIBRILLATORE INVASIVO ENDOCAVITARIO O SOTTOCUTANEO
PER LE CARATTERISTICHE TECNICHE, FUNZIONALI, QUALITATIVE, IL DEFIBRILLATORE PROPOSTO DALLA ASLTA SOLL RISULTA ESSERE UNICO ED ESCLUSIVO SUL MERCATO

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

I sottoscritti consapevoli delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiarano che le valutazioni sopra descritte sono rese secondo scienza e coscienza e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione essendo allegate al modulo che si sottoscrive congiuntamente alla presente.

Data 22.12.2017

ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

TIMBRO E FIRMA

TRASMISSIONE **ALLE** **VARIE** **DD.MM.PP.**

ESITI ISTRUTTORIA TRA DD.MM.PP. (specificare chi abbia eventualmente aderito alla richiesta e i fabbisogni complessivi ripartiti per Area Socio Sanitaria):

_____

_____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA;

- nelle domande a risposta guidata "SI" "NO", barrare la risposta scelta.

ALLEGATO 2 – SCHEMA VERBALE ATTIVITÀ GRVR

Data_____ **Seduta N°**_____

Commissione:

Ingegnere clinico _____

Ingegnere Clinico _____

Farmacista _____

Farmacista _____

Medico _____

Medico _____

Attività svolta, esiti indagini mercato:

_____

Verbale commissione:

--

--

--

--

--

--

Parere:

□ **FAVOREVOLE**

□ **CONTRARIO***

□ **FAVOREVOLE CON OSSERVAZIONI:**

--

--

--

* specificare se a causa votazione non unanime

Si allegano dichiarazioni insussistenza cause incompatibilità.