

MODELLO AE / 2 N. 27 del 08.05.2019 CIG Z4428262C8

(in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 36 comma 2 lettera a) e dell'art. 37 comma 1 del D.Lgs n. 50/2016)

PREMESSA

NOLEGGIO DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE LIFEVEST

Considerato che:

- Con nota del 16.04.2019, acquisita al protocollo del Settore Provveditorato n. 2170 del 19.04.2019, il Direttore dell'UOC di Cardiologia con UTIN ha richiesto l'utilizzo, per mesi due, di un defibrillatore indossabile - Life Vest - attesa la necessità di disporre urgentemente di supporto di defibrillazione automatica esterna;
 - Nella sopraccitata nota il defibrillatore è indicato come dispositivo salvavita indispensabile, unico ed infungibile;
 - L'infungibilità è altresì ribadita nella successiva nota acquisita al protocollo del Settore Provveditorato n. 2088 del 18.04.2019
 - Che con successiva nota prot. n. 2255 del 23.04.2019, il Direttore dell'UOC di Cardiologia ha reiterato la richiesta al Direttore Sanitario di Presidio, Dott. Bonaccorso, sottolineando che la richiesta è giustificata dalla circostanza che il paziente <<non essendo più provvisto di adeguata protezione ed essendo ad altissimo rischio di morte cardiaca improvvisa non è al momento dimissibile>>;
 - Preso atto che sulla richiesta è apposto il visto autorizzativo del Direttore Generale che autorizza il noleggio per la durata di 1 mese;
1. **RITENUTO CHE** il valore presunto della fornitura, Iva esclusa, rientra nei limiti di importo di € 40.000,00 Iva esclusa previsto dall'art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11.07.2018;
 2. **RITENUTO CHE** l'istruttore della presente pratica ha verificato la sussistenza di prodotti/servizi omologhi sul MEPA;
Nome dell'iniziativa: FORNITURE SPECIFICHE PER LA SANITA'
Categoria: **Beni e servizi per la sanità**
 3. **CHE I PRODOTTI/SERVIZI** richiesti sono stati dichiarati come indispensabili per la attività sanitaria di routine, pena gravi ripercussioni sulla medesima (*dichiarazione necessaria nel caso di acquisto di prodotti e/o servizi di tipo sanitario*);
 4. **CHE PER LA IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE SI E' PROCEDUTO ATTRAVERSO** la consultazione del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione:
Lettera invito prot. n. 2092 del 18.04.2019;
RDO N. 2285742
Invito rivolto alla ditta ZOO MEDICAL ITALIA Srl, attesa la dichiarazione di esclusività ed infungibilità resa dal Direttore dell'UOC di Cardiologia con Utic e l'assoluta urgenza di procedere in merito in quanto presidio salvavita.
Scadenza termine presentazione offerte: 29.04.2019 ore 11

PRESO ATTO che entro il termine di giorno 29.04.2019 ore 11 è pervenuta l'offerta della ditta:
- Ditta ZOLL MEDICAL ITALIA Srl

CODICE	DESCRIZIONE	CANONE MENSILE	IVA 4%	TOTALE IMPORTO
Canone noleggio WCD- 4000 Defibrillatore indossabile LIFE VEST	Canone noleggio mensile CND Z12030503 – REP 1084886	€. 3.799,00	€. 151,96	€. 3.950,96

Sulla base di quanto premesso si propone al RUP l'acquisto presso la seguente ditta dei prodotti richiesti
1) Ditta ZOLL Medical Italia Srl, noleggio per la durata di mesi 1 del defibrillatore indossabile LIFE Vest al costo di €. 3.799,00 Iva esclusa al 4%.

IMPORTO COMPLESSIVO €. 3.950,96 IVA INCLUSA

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO



- TENUTO CONTO DELLA FASE ISTRUTTORIA: propedeutica alla presente autorizzazione svolta dal Responsabile dell'Istruttoria;
- VISTA: la possibilità di disporre dei necessari fondi sulla procedura AREAS;
- VISTO l'esito della contrattazione;
- VISTA la proposta di aggiudicazione

SI AUTORIZZA IL RESPONSABILE DELL'ISTRUTTORIA ALLA FORMALIZZAZIONE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO DEI BENI/SERVIZI INDICATI IN EPIGRAFE CON EMISSIONE DEL RELATIVO ORDINE E SUCCESSIVA PREDISPOSIZIONE DEL RELATIVO ATTO DI LIQUIDAZIONE .

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL SETTORE PROVVEDITORATO

(Dott.ssa Ersilia Riggi)





**AZIENDA OSPEDALIERA
DI RILIEVO NAZ. E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"Garibaldi"**

P.zza S. Maria di Gesù 5- 95124-CATANIA

Regione Siciliana



**PRESIDIO "GARIBALDI-CENTRO"
U.O.C. DI CARDIOLOGIA CON UTIC
Centro Impianto e Controllo Pacemaker
P.zza S. Maria di Gesù 5- 95124-CATANIA
Tel. 095-7592126 - Fax 095.7594602
Tel. 095-7594350 - Fax 095.7594357**

PROG
68/UTIC

Direttore: Dott. Salvatore Felis
Tel. 095-7594641 e-mail: s.felis@ao-garibalbi.ct.it

Catania 16/04/2019

REGIONE SICILIANA A.R.N.A.S. "GARIBALDI" CATANIA SETTORE PROV. TO ED ECONOMATO
19 APR. 2019
Prot. N° 2170
ARRIVO

Responsabile servizio Provveditorato

Direttore Sanitario Aziendale

OGGETTO: richiesta utilizzo defibrillatore indossabile salvavita per il Paziente A.C nato il 07/03/1950 affetto da Cardiomiopatia postischemica con FE 20% , ad elevatissimo rischio aritmico che necessità urgentemente di supporto di defibrillazione automatica esterna..

Il LifeVest è un defibrillatore cardioverter indossabile prescritto ai pazienti, su base mensile per proteggerli durante un periodo temporaneo ad alto rischio di arresto cardiaco improvviso.

Il dispositivo, viene utilizzato dal paziente per un periodo medio da 1 a 6 Mesi e viene quindi offerto solo tramite noleggio mensile.

Trattasi di dispositivo salvavita indispensabile e UNICO ed Infungibile per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa

Il servizio di noleggio comprende:



Regione Siciliana

**AZIENDA OSPEDALIERA
DI RILIEVO NAZ. E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"Garibaldi"**

P.zza S. Maria di Gesù 5- 95124-CATANIA

**PRESIDIO "GARIBALDI-CENTRO"
U.O.C. DI CARDIOLOGIA CON UTIC
Centro Impianto e Controllo Pacemaker
P.zza S. Maria di Gesù 5- 95124-CATANIA
Tel. 095-7592126 - Fax 095.7594602
Tel. 095-7594350 - Fax 095.7594357**

Direttore: Dott. Salvatore Felis

Tel. 095-7594641 e-mail: s.felis@ao-garibalbi.ct.it

- Consegna e formazione del paziente sull'utilizzo del dispositivo (da parte del personale dell'azienda fornitrice)
- Training al personale ospedaliero ed extra ospedaliero sul dispositivo e sulle sue funzioni
- Attivazione e inserimento del paziente nel sistema di monitoraggio remoto Network Lifevest. Il dispositivo indossabile trasmette quotidianamente o su eventi tutti i dati registrati, offrendo al medico la possibilità di controllarli in ogni momento e da qualunque computer connesso alla rete internet
- Eventuale sostituzione di tutti i pezzi costituenti il dispositivo in caso di malfunzionamento
- Servizio on line 24h e 7 giorni su 7 per una completa assistenza al paziente
- Assistenza tecnica presso l'azienda ospedaliera di competenza
- Ritiro del dispositivo al termine dell'utilizzo

Si precisa che verranno corrisposte all'azienda fornitrice le sole mensilità effettivamente utilizzate e che nulla sarà dovuto per quelle rimanenti.

Sulla base di queste caratteristiche tecniche, si richiede l'attivazione di **fornitura di n° 2 Mensilità** del defibrillatore indossabile "lifevest", distribuito in Italia dall'azienda ZOLL Medical Italia, dispositivo Unico nel suo genere, numero di repertorio nazionale 1084886, CND Z12030503 per applicazioni al paziente in oggetto a rischio aritmico ricoverato presso la nostra U.O.C

Si allegano alla presente richiesta:

- Lettera di unicità LifeVest® WCD 4000
- Specifiche tecniche del sistema

Il Direttore U.O.C.
A.R.N.A.S. GARIBALDI
P.O. Garibaldi-Centro
U.O. di Cardiologia e Utic
Direttore: Dott. S. Felis



Prot. n. 11 del 11

Al Dirigente Responsabile
Settore Provveditorato
Fax 4908

Oggetto: Richiesta defibrillatore indossabile

Ad integrazione della nota avente ad oggetto la richiesta di affitto del defibrillatore indossabile Life Vest per il paziente L.S., si precisa che trattasi di dispositivo infungibile in quanto a causa di ragioni di tipo tecnico non esistono possibili sostituti dello stesso atti a garantire il soddisfacimento del bisogno clinico.

ARNAS Garibaldi Catania
U.O.C. di Cardiologia
Dr. GIUSEPPE ARCIDIACONO
Cod. ENPAM 300109732E
Ordine Medici - CT 8508



Roberto



**AZIENDA OSPEDALIERA
DI RI LIEVO NA2 E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"Garibaldi"**
P.zza S. Maria di Gesù 5- 95124-CATANIA

Regione Siciliana



PRESIDIO "GARIBALDI-CENTRO"
U.O.C. DI CARDIOLOGIA CON UTIC
Centro Implanto e Controllo Pacemaker
P.zza S. Maria di Gesù 5- 95124-CATANIA
Tel. 095-7594350 - Fax 095.7594357

Direttore: Dott. Salvatore Felis
Tel. 095-7594641 e-mail: s.felis@ao-garibaldi.ct.it

REGIONE SICILIANA A.R.N.A.S. "GARIBALDI" CATANIA SETTORE PROV. TO ED ECONOMATO
23 APR. 2019
Prot. N° 2255
ARRIVO

Al Direttore di Presidio
dott. Roberto Bonaccorsi
ARNAS Garibaldi

Si richiede l'affitto del Defibrillatore Indossabile LifeVest per il paziente Litrico Salvatore ricoverato in data 10/04/2019 presso l'U.O. di Cardiologia per sepsi della tasca del defibrillatore. In data 11/04 il paziente è stato sottoposto a rimozione del device e disinfezione della tasca. Non essendo piu' provvisto di adeguata protezione antiaritmica ed essendo ad altissimo rischio di morte cardiaca improvvisa, il paziente al momento non è dimissibile.

Dott. Salvatore Felis

Roberto

17/4/2019

**DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
"TARIFFE FAVOROSE IN LINEA SANITARIA"
D. RESPONSABILE P.F.
DIREZIONE MEDICA
P.O. GARIBALDI CENTRO
Dott. R. Bonaccorsi**

ARNAS Garibaldi Catania
U.O.C. di Cardiologia
D.ssa Carmelinda Romeo
DIRIGENTE MEDICO
Cod. ENPAM 309185974R
Ordine Medici - 01 46577

*Si' adempire
affitto a 2 mesi*
**IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Fabrizio De Nicola**

*Si annunzia de cause opposte per la vita breve del paziente
Dott. Riff. segue provvedimento, le costi sono a carico
nel defibrillatore indossabile Life Vest e di circa € 3800
di mese.*

**IL RESPONSABILE P.F.
DIREZIONE MEDICA
P.O. GARIBALDI CENTRO**

PAG 01/01

P.O. GAR. DIR. SAN.

0957594974

17/04/2019 14:53

Riepilogo delle attività di Esame delle Offerte ricevute

Numero RDO:	2285742
Descrizione RDO:	Noleggio di un defibrillatore indossabile LifeVest
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo più basso
Formulazione dell'offerta economica:	Valore economico (Euro)
Modalità di calcolo della soglia di anomalia:	Il calcolo della soglia di anomalia delle offerte è effettuato secondo le prescrizioni dell'art. 97, comma 2, del Codice Appalti, in presenza di almeno 5 offerte ammesse. In caso di identico ribasso offerto, ai fini della determinazione della soglia di anomalia, le offerte identiche sono considerate come offerte uniche. La comparazione delle offerte ammesse alla soglia di anomalia determinata viene effettuata considerando le prime due cifre decimali delle offerte (troncamento alla seconda cifra decimale)
Amministrazione titolare del procedimento	AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE - GARIBALDI CATANIA 04721270876 PIAZZA SANTA MARIA DI GESU' N.5 CATANIA CT
Punto Ordinante	ERSILIA RIGGI
Soggetto stipulante	Nome: ERSILIA RIGGI Amministrazione: AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE - GARIBALDI CATANIA
Codice univoco ufficio - IPA (RUP) Responsabile Unico del Procedimento	PGRF65
Inizio presentazione offerte:	23/04/2019 13:46
Termine ultimo presentazione offerte:	29/04/2019 11:00
Termine ultimo richieste di chiarimenti:	26/04/2019 10:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	29/10/2019 12:00
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	3
Misura delle eventuali penali:	Indicare nelle Condizioni Generali di Fornitura allegate al Bando oggetto della RdO e/o nelle Condizioni Particolari definite dall'Amministrazione
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BENI/Forniture specifiche per la Sanità

Lotto esaminato: 1 Noleggio di un defibrillatore Indossabile LifeVest

CIG	Z4428262C8
CUP	
Oggetto di Fornitura 1	NOLEGGIO DI UN DEFIBRILLATORE INDOSSABILE LIFEVEST/1/
Importo dell'appalto oggetto di offerta (base d'asta)	3800,00000000

Concorrenti

#	Denominazione	Forma di Partecipazione	Partita IVA	Data Invio Offerta
1	ZOLL MEDICAL ITALIA SRL	Singola	03301251207	26/04/2019 18:06

ESAME DELLA BUSTA AMMINISTRATIVA	Inizio	Fine
	30/04/2019 16:38:48	30/04/2019 16:43:12

Richieste Amministrative di Gara

Concorrente	DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ ED EVENTUALI DICHIARAZIONI DI ESCLUSIVITÀ		OFFERTA SENZA PREZZI		DGUE EDITABILE		PATTO D'INTEGRITÀ		Eventuali atti relativi a R.T.I. o Consorzi		Eventuale documentazione relativa all'avvalimento		LETTERA INVITO		PRESA CONSEGNA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO		CODICE DI COMPORTAMENTO	
	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note	Valutazione	Note
ZOLL MEDICAL ITALIA SRL	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna		nessuna		nessuna	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna

Non esistono Richieste Amministrative di Lotto

ESAME DELLA BUSTA TECNICA	Inizio	Fine
	30/04/2019 16:43:21	30/04/2019 16:46:33

Concorrente	SCHEDA TECNICA	
	Valutazione	Note
ZOLL MEDICAL ITALIA SRL	Approvato	nessuna

ESAME DELLA BUSTA ECONOMICA	Inizio	Fine
	30/04/2019 16:46:42	30/04/2019 16:49:09

Concorrente	Offerta Economica		Offerta Economica (fac-simile di sistema)	
	Valutazione	Note	Valutazione	Note
ZOLL MEDICAL ITALIA SRL	Approvato	nessuna	Approvato	nessuna

Classifica della gara (Prezzo più basso)

Concorrente	Valore complessivo dell'Offerta
ZOLL MEDICAL ITALIA SRL	3799,00000000

Note di gara	
Note specifiche lotto 1	nessuna

ZOLL. LifeVest®

ZOLL Medical Italia Srl
Sede legale e operativa:
Via della Ferriera, 4
40133 Bologna

Tel. 051-0476595
Fax 051-0872627

E-mail LifeVestInfo-IT@zoll.com
LifeVestOrders-IT@zoll.com
PEC: zollmedicalitalia@legaimail.com

ARNAS CATANIA
PIAZZA SANTA MARIA DI GESU' NR. 5
CATANIA CT

NS. RIF. PROT. NR. 110/19/GS/GF DEL 18.04.2019

OGGETTO: RDO 2285742 – CIG: Z4428262C8 - Noleggio di un defibrillatore indossabile LifeVest



ZOLL Medical Italia Srl
CF / P.IVA 03301251207 - REA Bologna 508130
Banca Popolare dell'Emilia Romagna – sede di Bologna
IBAN IT0760538702400000002126441 – BIC BPMOIT22XXX



ZOLL Medical Italia Srl
 Sede legale e operativa:
 Via della Ferrara, 4
 40133 Bologna

Tel. 051-0476595
 Fax 051-0872627
 E-mail Lifevest.info-IT@zoll.com
Lifevest.orders-IT@zoll.com
 PEC: zollmedicalitalia@legafinmail.com

Codice	Descrizione	Q.tà	CANONE MENSILE NOLEGGIO per 30 gg (IVA 4% ESCLUSA)	IVA 4%	IMPORTO TOTALE DA PAGARE IVA INCLUSA	CND	RDM
CANONE NOLEGGIO WCD-4000	CANONE NOLEGGIO MENSILE per defibrillatore indossabile WCD-4000 con possibilità di trasmissione remota dei dati (la mensilità inizia a decorrere dal giorno del fitting). Il canone è da considerarsi mensile (30 GG) anticipato e rappresenta il minimo possibile di noleggio, è comprensivo di assistenza tecnica del sistema e fornitura di eventuale materiale dedicato o consumabile. Comprende inoltre: - Training al paziente su come indossare il dispositivo e suo funzionamento - Attivazione e inserimento del paziente nel sistema di monitoraggio remoto Lifevest network - Eventuale sostituzione di tutti i prezzi costituenti il dispositivo in caso di malfunzionamento - Servizio on line 24h e 7 giorni su 7 per assistenza al paziente	1	€ 3.799,00	€ 151,96	€ 3.950,96	Z12030503	1084886



ZOLL Medical Italia Srl
 CF / P.IVA 03301261207 - REA Bologna 508130
 Banca Popolare dell'Emilia Romagna - sede di Bologna
 IBAN IT07G0538702400000002126441 - BIC BPMOIT22XXX



ZOLL® LifeVest®

ZOLL Medical Italia Srl
 Sede legale e operativa:
 Via della Fieriera, 4
 40133 Bologna

Tel. 051-0476595
 Fax 051-0872627
 E-mail Lifetest.info-IT@zoll.com
Lifetest.orders-IT@zoll.com
 PEC: zollmedicalitalia@legalmail.com

<p>- Ritiro del dispositivo dopo termine utilizzo con l'obbligo da parte del cliente di informare ZOLL MEDICAL ITALIA, in caso contrario verrà considerata la proroga del noleggio.</p> <p>IL DISPOSITIVO È COMPOSTO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor defibrillatore indossabile • Cinture con elettrodi ECG e piastre da defibrillazione • 2 batterie ricaricabili • 2 corpetti della misura del paziente • Caricabatteria / trasmettitore dati • Custodia per defibrillatore • Borsa per il trasporto accessori 						
--	--	--	--	--	--	--

ZOLL MEDICAL ITALIA SRL
ZOLL Medical Italia Srl
 Via della Fieriera, 4 - 40133 Bologna
 Tel. 051 0476595 - Fax 051 0872627
 E-mail Lifetest.info-IT@zoll.com
 PEC: zollmedicalitalia@legalmail.com



ZOLL Medical Italia Srl
 CF / P.IVA 03301251207 - REA Bologna 508130
 Banca Popolare dell'Emilia Romagna – sede di Bologna
 IBAN IT0760538702400000002126441 – BIC BPMOIT22XXX

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il sottoscritto BARBARA VAN BAKEL nato a VENRAY (PAESI BASSI) il 09/10/1967
qualità di (specificare la carica..sociale) LEGALE RAPPRESENTANTE della
ditta/società ZOLL MEDICAL ITALIA SRL autorizzato
a
rappresentare legalmente l'impresa/società/consorzio ZOLL MEDICAL ITALIA SRL
con sede in BOLOGNA via DELLA FERRIERA 4 cod. fiscale n. 03301251207
e P.IVA n. 03301251207 si seguito denominata "Ditta"

DICHIARA

Che il defibrillatore indossabile "LIFEVEST" è da ritenersi dispositivo infungibile in quanto a causa di ragioni di tipo tecnico non esistono possibili sostituti dello stesso atti a garantire il soddisfacimento del bisogno clinico.

SI IMPEGNA INOLTRE

a rispondere di eventuali danni o malfunzionamenti delle apparecchiature, causate dall'utilizzo di prodotti non idonei assumendo in proprio ogni responsabilità, civile e penale, per infortunio o danni che il Fornitore ed il prodotto fornito possano arrecare all'Azienda, ai dipendenti e collaboratori di questa, nonché ai terzi o ai beni (apparecchiatura, impianti, esistenti, ecc....) derivanti dal malfunzionamento dell'apparecchiatura riconducibile ai prodotti offerti.

Luogo e data BOLOGNA 26/04/2019

timbro e firma del dichiarante



N.B allegare fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Cognome **VAN BAKEL**
 Nome **BARBARA JOHANNA THEODORA**
 nato il **09.10.1967**
 (atto n. **1** P. **1** S. **1**)
 a **VENRAY** (PAESE **BASSO**)
 Cittadinanza **OLANDESE**
 Residenza **SASSO MARCONI (BO)**
 Via **TIGNANO n.36 Int.6**
 Stato civile **Stato Libero**
 Professione **LIBERA PROFESSIONISTA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.78**
 Capelli **BIONDI**
 Occhi **AZZURRI**
 Segni particolari



Firma del titolare *[Signature]*
SASSO MARCONI 10/01/2011
 Imprenta del dito *[Fingerprint]* IL SINDACO
[Signature]
 (Venturi Ornella)
 Dir. Segr. Euro 0,34
 Dir. Dupl. Euro 5,16

NON VALIDA PER L'ESPATRIO
 SCADENZA 09/01/2021

AS 1738111



REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI
 SASSO MARCONI (BO)
 CARTA D'IDENTITA
 N° AS 1738111
 DI
 VAN BAKEL
 BARBARA JOHANNA THEODORA

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_15228284	Data richiesta	20/02/2019	Scadenza validità	20/06/2019
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	ZOLL MEDICAL ITALIA S.R.L.
Codice fiscale	03301251207
Sede legale	VIA DELLA FERRIERA, 4 40133 BOLOGNA (BO)

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.