

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 720 DEL 23/06/2014

OGGETTO: ACQUISTO DI ELETTRODI PER PENS THERAPY A MEZZO
PROCEDURA NEGOZIATA

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. GIOVANNI ANTONIO FADDA

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT.SSA MARIA SERENA FENU		DOTT. GIANFRANCO CASU	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione	
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006	X
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000	
STRUTTURA PROPONENTE SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE	

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 23/06/2014	Al 08/07/2014
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

Su proposta del Direttore del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale, attuativa di richiesta come meglio di seguito specificato;

PREMESSO quanto segue:

Il Responsabile della Farmacia Ospedaliera con lettera Prot. NP/2014/4959 del 12.05.2014 (allegato SUB 1) inoltra la richiesta del Direttore U.O. di Anestesia e Rianimazione del Presidio Ospedaliero P. Dettori per l'acquisto di n. 30 "kit elettrodo per Pens Therapy"; nella stessa nota, il Direttore, precisa che "trattasi di dispositivi in relazione ai quali non esiste nel mercato altro analogo sistema idoneo per la medesima applicazione e funzione";

Il Servizio Farmaceutico specifica, inoltre, che i prodotti in questione non sono presenti nel Me.pa e che i quantitativi indicati sono sufficienti per un periodo presunto di dodici mesi;

ACCERTATA come da soprascritta dichiarazione, la particolarità della fornitura richiesta e visto il D.Lgs 163/06 art. 57 co.2 lett. b che consente la procedura negoziata qualora per motivi di natura tecnica o artistica ovvero attinenti alla tutela di diritti esclusivi il contratto può essere affidato ad un operatore economico determinato mediante ricorso all'affidamento

ATTESO CHE -con nota prot. PG/2014/25910 del 04.06.2014 è stata inoltrata richiesta di preventivo alla ditta Alfamed Srl di Porto San Giorgio (FM) distributore in esclusiva per l'Italia dei dispositivi in argomento; con e-mail, acquisita agli atti con protocollo PG/2014/26007, la stessa comunica che il distributore in esclusiva per la ASL di Olbia è l'Impresa Maguolo Thomas di Preganziol (TV);

-con nota prot. PG/2014/26009 del 05.06.2014 è stata inoltrata richiesta di preventivo alla ditta Maguolo Thomas; la stessa ha presentato l'offerta allegata (allegato SUB 2) acquisita agli atti con prot. PG/2014/26134 del 5.06.2014 per un importo pari ad € 60.000,00 netto Iva (costo unitario singolo Kit € 2.000,00 netto Iva);

VISTA la nota prot. NP/2014/6365 (allegato SUB 3) con cui il Direttore dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione ed il Dirigente della Farmacia Aziendale hanno dichiarato che i prodotti offerti dalla Ditta Maguolo Thomas sono perfettamente conformi a quanto richiesto e i prezzi sono congrui;

RITENUTO pertanto di aggiudicare la procedura negoziata diretta per la fornitura di kit elettrodo per "Pens Therapy" destinati all' U.O. Anestesia, a favore della Ditta Maguolo Thomas, per un importo complessivo di € 60.000,00 più Iva;

Visti :

il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

il D.Lgs. 12 aprile 2006, n.163 e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all'art.125 comma 11

il D.P.R. 207/2010

la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;

la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni.

IL DIRETTORE GENERALE

per i motivi sopra espressi,

DELIBERA

- Di autorizzare l'acquisto di seguito dettagliato dalla Ditta Maguolo Thomas - P.I. 04299970261, ai sensi dell'art. 57 comma 2 lettera b del D.Lgs 163/2006, ss.mm.ii, con le modalità di seguito specificate:

Ditta Maguolo Thomas -Via Baratta Vecchia 79/A-31022 Preganziol (TV)				
quantità	codice	descrizione	costo unitario	totale
30	MD031132/P 50 MD031132/P 100 MD031132/P 150 MD031132/P 150 MD031132/P 200	Kit elettrodo per elettroestimolazione percutanea PENS THERAPY	€ 2.000,00	€ 60.000,00
totale netto iva				€ 60.000,00
iva al 22%				€ 13.200,00
totale iva inclusa				€ 73.200,00

-di imputare la spesa secondo la tabella di seguito specificata:

ANNO	UFF AUTORIZZ.	MACRO	NUMERO CONTO	IMPORTO (IVA INCL.)
2014	UA2_FARM	1	0501010901	€ 73.200,00

-di dare atto che la Farmacia Ospedaliera provvederà alla liquidazione delle fatture, previo riscontro della regolarità delle forniture, con le modalità indicate nella nota della Direzione Amministrativa Aziendale avente protocollo NP/2013/7714 del 18/07/2013;

-di trasmettere il presente provvedimento al Servizio Contabilità e Bilancio, all'Area Programmazione, Controllo e Committenza e alla Farmacia Ospedaliera per i provvedimenti di competenza;

- di comunicare il presente atto all'Assessorato regionale all'Igiene, Sanità e Assistenza sociale, ai sensi dell'art. 29 comma 2, della Legge regionale 28 luglio 2006, n. 10.

Il Direttore Generale
Dr. Giovanni Antonio Fadda

Allegati: n. 3

Struttura proponente: Servizio
Provveditorato

Il Responsabile dell'Istruttoria: Maria Amic.
CODICE INTERNO 159

Prot. n° NP/2014/4959

Olbia 12/05/2014

Al Direttore Servizio Provveditorato
e p.c. Direzione Medica del Presidio di Tempio

Loro sedi

Oggetto: Acquisto urgente di "Kit elettrodo per PENS therapy (elettoneurostimolazione percutanea)" di dispositivi medici monouso non presenti nel MePa

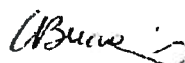
Si richiede l'acquisto dei dispositivi medici monouso non presenti nel MePa riepilogati in Allegato A ed indicati in dichiarazione di scelta dal Direttore dell' U.O. richiedente.

Si riporta il quantitativo stimato per dodici mesi, nelle more dell'espletamento della gara aziendale (CND N, in fase di allestimento), il prezzo unitario indicativo e la ditta fornitrice.


L'acquisto degli elettrodi prevede la fornitura complementare in uso dell'apparecchiatura "Neurostimulator".

Distinti saluti

Il Resp. S.S.Az di Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Caterina Bucciero



DSanna

28/5/14
Dott. Sanna


**Direzione Medica di Presidio****Ospedale Paolo Dettori**

Arca Direzione Sanitaria

Direzione Medica

NP/2014/ 3833

Tempio 09/04/2014/2014

Al Resp. le Servizio Farmaceutico
Dr.ssa C. Bucciero
Olbia

OGGETTO: Richiesta

Si trasmette in allegato la richiesta di materiale della Dr.ssa A.A. Manconi Responsabile del Centro di terapia del Dolore del P.O. di Tempio autorizzata dal Responsabile Dr. G. P. Silvetti.

Si informa che tali dispositivi sono necessari per garantire i livelli essenziali di assistenza.

Pertanto tale richiesta viene autorizzata dalla D.M.P.

Distinti Saluti

† Direttore Medico P.O. Tempio Pausania
Dr.ssa Giovanna Gregu



pg 1

NP/2014/3808

9.4.2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

U.O. di Anestesia e Terapia Antalgica
e SALE OPERATORIE
Via Grazia Deledda - 07029 Tempio P.
Tel.: 079 /678289
Direttore Dr. G.P. Silveti

Tempio P. li, 28/03/2014

Alla c.a. Direttore del Servizio Provveditorato
ASL n. 2 OLBIA

Oggetto: Relazione inerente la proposta di acquisto di dispositivi medici denominati
Kit Pens Terapy per il Centro di Terapia del Dolore nelle more dell'espletamento
della gara.

Come da oggetto si propone l'acquisto di n. 30 Kit Pens Terapy per il Centro di terapia del
dolore aziendale.

Tale Kit è un sistema innovativo ed esclusivo, non presente nel MEPA, che consente la
risoluzione del dolore severo resistente a tutte le comuni terapie convenzionali.

Il dispositivo rappresenta un trattamento di prima scelta, talvolta risolutivo, da prediligere
ai neurostimolatori, in alcuni casi mirati di dolore severo.

I pazienti affetti da dolore non responsivo alle comuni terapie convenzionali si rivolgono al
Centro del dolore aziendale, nella sede di Tempio P., per la valutazione di eventuale impianto.

Il medico specialista nella terapia del dolore, sulla base delle proprie conoscenze sceglie
la tipologia di trattamento ottimale per il paziente, valutando le esigenze e razionalizzando
la spesa. Il Kit Pens Terapy si colloca tra i dispositivi medici da utilizzare, su alcuni pazienti
selezionati, prima di qualsiasi impianto di neurostimolazione. Spesso il posizionamento del
Kit rappresenta un trattamento efficace e risolutivo per cui non è necessario l'impianto dello
stimolatore. Questa nuova procedura consente quindi un notevole risparmio per l'azienda in
quanto i costi del trattamento sono molto ridotti rispetto al costo di un impianto tradizionale di
neurostimolazione, inoltre non è necessario il ricovero del paziente.

Nell'anno 2013 presso il centro di terapia del dolore di Tempio P. sono stati acquistati in
dichiarazione di scelta, nelle more dell'espletamento, n. 17 kit pens terapy utilizzati su pazienti
affetti da dolore severo, non responsivo a terapie convenzionali, candidati all'impianto di
neurostimolazione tradizionale.

Tutti i trattamenti hanno avuto il successo sperato, garantendo la completa risoluzione del
dolore severo, per il quale non è necessario impiantare alcun neurostimolatore.

L'analisi costo efficacia ha dato esiti più che soddisfacenti: infatti con il costo di un solo
neurostimolatore, da utilizzare in un solo paziente, è stato possibile trattare 17 pazienti in
regime ambulatoriale.

Si precisa inoltre, che dei dispositivi sopra richiesti, non esiste nel mercato altro analogo sistema
idoneo per la medesima applicazione e funzione, infatti sono dotati di certificazione di esclusività.
In attesa di un gradito riscontro, si porgono distinti saluti.

Il Direttore U.O. Anestesia e Terapia Antalgica

Dr. G. Piero Silveti

MODELLO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO

DATI GENERALI

Richiesta n° _____

Centro di costo POA.02.02.01

Unità Operativa Auerense e terapia outpat

Utilizzatore Dr. Antonio Aune Mureddu

Recapiti PO TEMPIO PAUSANIA

Telefono 079 678 293

E-mail _____

Tipo richiesta

Nuovo dispositivo NO

Variazione dell'esistente* _____

*(indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione)

Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico

Kit Pens therapy M.450 sterile da 50MM/100MM/150MM/200MM

Tipo di dispositivo

- DM (ex D.Lg.vo 46/97)
- DMIA (D. Lg.vo n°507/92)
- IVD (Lg.vo n°332 /00)

o *Nel caso di DM indicare:*

N° iscrizione Repertorio _____

Classificazione Nazionale (CND): N0199

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

KO 2010 201 / TO 202

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo:

- DM (ex D.Lg.vo 46/97)
- DMIA (D. Lg.vo n°507/92)
- IVD (Lg.vo n°332 /00)

N° iscrizione Repertorio NEUROSTIMULATION

Classificazione Nazionale (CND): _____

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

SEZIONE TECNICA

Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori*

MS 03M 32 / PSO+5 P150 -+ 10 PEZZI
P100 -+ P200 -+ 05 PEZZI
 Codice prodotto 10 Kit Pens therapy

Confezionamento ALFAMED FMI

Ditta produttrice _____

Distributore Magnolo THOMAS

Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo _____

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo

Codice prodotto Neurostimolatore / Algotec

Confezionamento _____

Ditta produttrice _____

Distributore _____

IMPATTO COERENZA STRATEGICA

Rispetto alle alternative esistenti il nuovo dispositivo rappresenterebbe:

- Innovazione SI
- Sostituzione _____
- Affiancamento _____

L'introduzione del dispositivo è necessario per l'attività di base del Dipartimento/Unità?

No
 Si*

*se si indicare le motivazioni: _____

Il dispositivo è innovativo per l'azienda?

No
 Si*

*se si indicare le motivazioni

Stimolazione elettrica pnfence

Esistono altri dispositivi analoghi già utilizzati in azienda?

No
 Si*

*se si quali? _____

MODELLO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO

VANTAGGI E PECULIARITA' LEGATE ALL'UTILIZZO

Se presenti alternative, quali sono i vantaggi clinici ed economici del dispositivo rispetto alle alternative già in uso: Consente la soluz. di dolore severo in attesa della Neurostimolazione

Si prevedono vantaggi per il paziente? SI*
No

*se si quali? Merito l'utilizzo dell'Neurostimolatore consentendo un notevole risparmio economico

Si prevede un risparmio di tempo nell'erogazione della prestazione?

~~No~~
SI*

*se si quali? _____

Si prevede un risparmio nei costi?

~~No~~
SI*

*se si quali? Consente la risoluzione di dolori severi senza uso di Neurostimolatori

SEZIONE DEL PERSONALE

Esiste personale preposto all'utilizzo?

SI*
No

*se no specificare: _____

Da formare

SI
~~NO~~

Numero e qualifica del personale da formare NESSUNO

Da assumere

~~SI~~
~~NO~~

Numero e qualifica del personale da assumere _____

DESCRIZIONE ATTIVITA'

Numero dei dispositivi normalmente necessari per:

- Paziente 1
- Giornate di degenza 0
- Ricovero NO

Fabbisogno annuo presunto:

- Tipo di prestazioni effettuate
- Quantità annua _____
 - Ordinarie _____
 - DH _____
 - Ambulatoriali _____

Quale DRG (se applicabile) o ICD 9 CM è collegato all'utilizzo del dispositivo in oggetto?

DRG _____
ICD 9 CM _____

Il dispositivo è stato già acquistato precedentemente?

~~No~~
SI*

*in caso affermativo specificare la quantità N° 17 Kit

E' stata utilizzata campionatura gratuita?

~~No~~
SI*

*in caso affermativo allegare una relazione clinica.

- MD 03 M 32 / P200 -> 5 pezzi
- MD 03 M 32 / P150 -> 10 pezzi
- MD 03 M 32 / P50 -> 5 pezzi
- MD 03 M 32 / 100 -> 10 pezzi

COSTI

- Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa) 2000,00 EURO + IVA 22%
- Costo eventuale materiale di consumo collegato _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Publicazioni scientifiche internazionali;
- Scheda tecnica del prodotto;
- Altre informazioni ritenute utili dal richiedente.

Data _____

Firma _____

Regione Autonoma della Sardegna
 Azienda Ospedaliera Locale N° 2 - Olbia
 Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania
 U.O. di Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica
 Direttore: Dott. Gian Piero Silvestri
 Regione Autonoma della Sardegna
 Azienda Sanitaria Locale N° 2 -
 Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania
 U.O. di Anestesia e Rianimazione
 Direttore: Dott. Gian Piero Silvestri

Prot. PG/2014/26134

Maguolo Thomas

Via Baratta Vecchia, 79A
 31022 Preganziol (TV)
 Tel. 346.22.90.005
 Fax. 0422.02.47.455
 Partita Iva: 04299970261
 C.F.: MGLTMS79E09L736D
 Nr. Reg. CCIAA R.E.A. TV-339224

OFFERTA

Nr. Prot.

010

del

05/06/2014

Spett.le

ASL2 OLBIA

Via Caduti sul Lavoro, 35

OLBIA

Alla cortese attenzione di

Dott.ssa Maria Amic

Come da accordi CI preghiamo presentarVi la Ns migliore offerta:

Cod. articolo	Descrizione	Q.tà	Prezzo unit. (Iva escl.)	Importo (Iva escl.)	Iva
MD031132/P50	Kit PENS Therapy 50mm				
MD031132/P100	Kit PENS Therapy 100mm				
		30	2.000,00	60.000,00	22%
MD031132/P150	Kit PENS Therapy 150mm				
MD031132/P200	Kit PENS Therapy 200mm				
I kit P150 P200 potrebbero richiedere dei tempi di evasione superiori in quanto prodotti in quantità minori.					

Condizioni di pagamento Bonifico bancario 60 gg d.f. f.m.
 Trasporto Franco
 Validità offerta fino al 31/12/2014

Distinti saluti

Ing. Thomas Maguolo

n. prot. 2014/6365
13.6.14

Tempio P., 13/06/14

Al Servizio Provveditorato ed
Amministrazione Patrimoniale
ASL n° 2 Olbia
Dott. Roberto Di Gennaro
Sede

Oggetto: Richiesta valutazione offerta elettrodo per Pens Therapy

In riferimento al protocollo np 2014/6325 del 12/06/2014, si conferma che i dispositivi offerti dalla Ditta Maguolo Thomas, risultano conformi a quanto richiesto e che i prezzi offerti sono congrui.

Cordialmente
Gian Piero Silveti
Regione Autonoma della Sardegna
Azienda Sanitaria Locale N° 2 - Olbia
Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania
U.O. di Anestesia e Rianimazione
e Terapia Antalgica
Direttore: Dott. Gian Piero Silveti

In merito all'offerta N° 10
05/06/2014
formulate dalla ditta

Tommaso Maguolo a cui
ho confermato di
aver fornito e che
compriete di
prezzi

PRODOTTO DA
13 GIU 2014
P.O. DEL

Roberto Di Gennaro
fornitore ospedaliero