



## OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'Oncologia

*R*

U.O. Attività Economiche e di Approvvigionamento  
ER/imb

DELIBERAZIONE N. 0613 DEL 11 MAG. 2017

Oggetto: esito procedura negoziata per la fornitura di set per tracheostomia PERCUTWIST (materiale esclusivo) per il periodo 16.05.17 – 31.12.18. Importo complessivo contrattuale di Euro 12.152,00 esclusa IVA al 22%, sul C.E. 120.007.010.

L'anno duemiladiciassette addì 11 del mese di MAG., presso la sede amministrativa dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, sita in Genova Largo Rosanna Benzi 10, presenti il Direttore Scientifico, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario,

### IL DIRETTORE GENERALE

- visto il Decreto Lgs. n. 50 del 18/04/2016 di attuazione delle Direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE;
- richiamato in particolare l'art.63, comma 2, lettera b) del citato Decreto Lgs. n. 50/16;
- vista l'allegata nota prot. n. 3809/17 del 15/03/17 con la quale la U.O. Farmacia ha trasmesso il verbale n. 45 dell'incontro nel quale la Commissione incaricata della valutazione delle dichiarazioni di esclusività relative a dispositivi medici (CAD) ha valutato la richiesta e la dichiarazione di esclusività della U.O. Anestesia e Rianimazione, avallata dal Direttore di Dipartimento di riferimento, per l'acquisto di n. 30 set per tracheostomia PERCUTWIST, quale fabbisogno annuo, esprimendo parere favorevole;
- dato atto che, in considerazione dell'importo contrattuale superiore ad Euro 10.000,00 è stata pubblicata sul sito istituzionale indagine esplorativa di mercato per la fornitura del dispositivo di che trattasi, al fine di individuare la presenza sul mercato di altri possibili fornitori di prodotti tecnicamente equivalenti, con scadenza 24.04.17;
- rilevato che, all'indagine esplorativa di mercato in argomento, ha manifestato interesse la sola Società ESPO ERRESSE PRODOTTI OSPEDALIERI S.r.l., con nota acquisita agli atti con prot. n. 12976/17 del 27.03.17;
- ritenuto pertanto di procedere all'acquisto in esclusiva di set per tracheostomia PERCUTWIST per la U.O. Anestesia e Rianimazione, dalla Società ESPO ERRESSE PRODOTTI OSPEDALIERI S.r.l., alle condizioni riportate nell'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per il periodo 16.05.17 –

U.O. ATTIVITÀ ECONOMICHE E APPROVVIGIONAMENTO  
IL DIRETTORE  
Dott.ssa Stefania RIZZUTO

31.12.18, per un importo complessivo contrattuale pari ad Euro 14.825,44 inclusa IVA al 22%;

- dato atto che, per il periodo 16.05.17 – 31.12.17, l'importo pari ad Euro 5.748,64 inclusa IVA al 22%, viene imputato al C.E. 120.007.010, autorizzazione n. 1220 del Bilancio 2017;
- su conforme proposta del Direttore della U.O. Attività Economiche e di Approvvigionamento;
- preso atto del parere favorevole espresso, per quanto di competenza, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

### DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa:

1. di procedere all'acquisto in esclusiva di set per tracheostomia PERCUTWIST per la U.O. Anestesia e Rianimazione, dalla Società ESPO ERRESSE PRODOTTI OSPEDALIERI S.r.l., alle condizioni riportate nell'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per il periodo 16.05.17 – 31.12.18, per un importo complessivo contrattuale pari ad Euro 14.825,44 inclusa IVA al 22%;
2. di imputare, per il periodo 16.05.17 – 31.12.17, l'onere pari ad Euro 5.748,64 inclusa IVA al 22%, al C.E. 120.007.010, autorizzazione n. 1220 del Bilancio 2017, assumendo, in prima istanza, sub-autorizzazione per Euro 100,00, riservandosi l'integrazione della stessa fino all'importo sopra citato.

Il Direttore Proponente  
U.O. Attività Economiche e  
di Approvvigionamento  
(Dott.ssa Stefania Rizzuto)



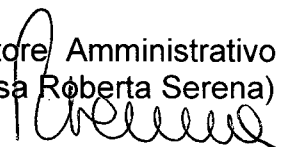
#### ASSUNZIONE SUB-AUTORIZZAZIONE

C.E. 120.007.010 per Euro 100,00 n. 1220/73

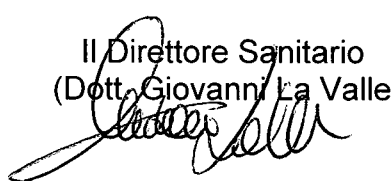
Registrazione avvenuta



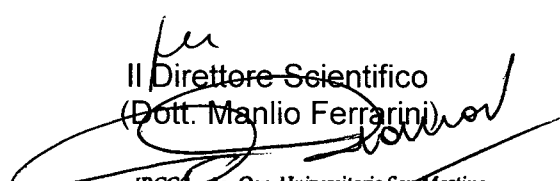
Il Direttore Amministrativo  
(Dott.ssa Roberta Serena)



Il Direttore Sanitario  
(Dott. Giovanni La Valle)

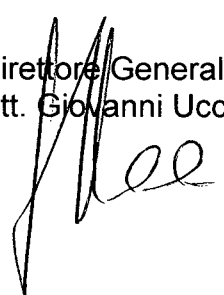


Il Direttore Scientifico  
(Dott. Manlio Ferrarini)



IRCCS - Az. Osp. Universitaria San Martino  
IST - Ist. Naz. per la Ricerca sul Cancro  
U.O. T16R  
Dirigente Medico  
Dott. Paolo Pronzato  
PRN PLA 53B06 D969L - O.M. 8588

Il Direttore Generale  
(Dott. Giovanni Ucci)





IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST  
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro  
U.O.C. Farmacia  
(Direttore: Dott.ssa M. A. Grassi)

Prot. Produzione N

3809/14

Genova, 15 MAR 2017

Al Direttore  
U.O. Attività Economiche e di  
Approvvigionamento  
Dott.ssa S. Rizzuto

**OGGETTO: Acquisizione di "Set per tracheostomia 'Percutwist'" Ditta Teleflex**

Si trasmette il Verbale n. 45 Dispositivi medici/CAD dell'incontro tenutosi in data 14/03/17, relativo alla acquisizione dei Dispositivi medici in oggetto, richiesto dalla U.O. Anestesia e Rianimazione (CdC HAND1 - HAND4)

Distinti saluti.

Il Direttore U.O.C. Farmacia  
Dott.ssa M.A. Grassi

Copia U.O. Governo Clinico ed Organizzazione Ospedaliera

Allegato 1 alla deliberazione n° 613 del 11 MAG. 2017  
composto da n° 6 pagine numerate da 1 a .....

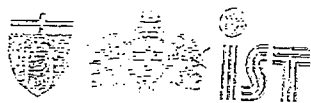
Largo Rosanna Benzi, 10 16132 GENOVA

protocollo@pec.hsanmartino.it - tel. 010 555 1/01056001

IRCCS Certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 Certificato n. IT248888 BUREAU VERITAS

Certificate of Accreditation and Designation as Comprehensive Cancer Centre OECl Registered Number RPM N. 0473647634

pag 1 di 1



IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST  
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro  
Largo Rosanna Fendi, 10 16132 GENOVA

## Verbale incontro N° 45 DM

Data: 14/03/2017  
Presso: Direzione Sanitaria

Ora inizio: 9.00  
Ora termine: 10.00

PRESENTI	CDC-DIP	FIRMA
A. MORANDI	MOR	
ITA GRASSI	HFA	
M. CORSETTI	HFA	

Oggetto : Valutazione Dichiarazioni di esclusività  
Dispositivi Medici SET PER TRACHEOSTOMIA  
"PERCUTWIST" DITTA TELEFLEX

Centro di costo richiedente: HANDI - HANDG  
U.O ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Si comunica che per la richiesta di acquisto con procedura di esclusività presentata è stato espresso parere favorevole.

la UO Gestione Approvvigionamenti effettuerà le indagini preliminari di mercato di sua competenza per verificare l'unicità del prodotto.

U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR	IRCCS AOU San Martino - IST	MODAZHOR_0051		
	MODULO AZIENDALE DICHIARAZIONE ESCLUSIVITA' DISPOSITIVO MEDICO	Rev. 7	Data 29/08/2016	Pag 1 di 3

U.O. Anestesia e Rianimazione  
 CDC: HAND 1 - HAND 4

**Ai sensi dell'art. 63 comma 2 lettera b del D.Lgs 50/2016**  
 Assumo personale responsabilità che il seguente prodotto:

Descrizione: Set per Tracheostomia Percutanea  
Percutwist  
 Nome Commerciale: Set per tracheostomia Percutwist  
 Codice Prodotto: 12555 -  
 Produttore / Rivenditore: Teleflex  
 da acquisire presso la Ditta: Teleflex

DM di nuovo inserimento  
 DM già utilizzato

indicare il fabbisogno annuo presunto: 30  
 Quantità richiesta: \_\_\_\_\_  
 Prezzo unitario: \_\_\_\_\_  
 Prezzo totale presunto della fornitura ( IVA esclusa): \_\_\_\_\_

Specificare se si tratta di:

Dispositivi medici  
 dispositivi dedicati ad apparecchiatura elettromedicale già in uso  
 Indicare numero inventario dell'apparecchiatura: \_\_\_\_\_  
 dispositivi medici dedicati a nuova apparecchiatura elettromedicale  
 (indicare modello \_\_\_\_\_)

**APPARECCHIATURA DI PROPRIETA' :**

OSPEDALIERA  
 UNIVERSITARIA PER SOLA ATTIVITA ASSISTENZIALE

Redatto U.O. HOR; U.O. HFA; U.O. HPR	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
---	-------------------------	-----------------------------

U.C. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR	IRCCS AOU San Martino - IST	MODAZHOR_0051		
	MODULO AZIENDALE DICHIARAZIONE ESCLUSIVITA' DISPOSITIVO MEDICO	Rev. 7	Data 29/08/2016	Pag 2 di 3

1) **CARATTERISTICHE DI ESCLUSIVITA'** per le motivazioni sottoelencate ai punti 1A) e 1B):

1A) Prodotto in esclusiva da unica Ditta (produzione garantita daprivativa industriale art. 57, c.2, lett. b del D. Lgs. 163/2006).

Allegare dichiarazione **di privativa industriale per destinazione d'uso**

Brevetto n.: US 6,767,355 B2

firmata in originale dal rappresentante legale della ditta non antecedente a 6 mesi.

- Casistica a cui è dedicato il prodotto:
- Descrizione del PDTA in cui sarà inserito il DM

---



---



---

- Specificare la procedura in cui il DM verrà impiegato

---



---



---

1B) **CARATTERISTICHE DI INFUNGIBILITÀ:** dichiaro che il prodotto è infungibile in quanto non ha alternativa terapeutica o diagnostica o tecnica. E' l'unico, prodotto che può essere utilizzato per (indicare con dettagliata relazione anche con evidenze scientifiche / pubblicazioni):

---



---



---



---



---

2) **MATERIALE DI CONSUMO E/O ACCESSORI LEGATI AD APPARECCHIATURE E ATTREZZATURE IN PROPRIETÀ** che garantiscano, in esclusiva, l'attendibilità dell'esito dell'esame o siano unici per compatibilità con l'attrezzatura (art. 57, c.2, lett. b del D. Lgs. 163/2006).

Indicare le caratteristiche specifiche di compatibilità in modo dettagliato:

---



---

Redatto U.O. HOR; U.O. HFA; U.O. HPR	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
---	-------------------------	-----------------------------

U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR	IRCCS AOU San Martino - IST MODULO AZIENDALE	MODAZHOR_0051		
	DICHIARAZIONE ESCLUSIVITA' DISPOSITIVO MEDICO	Rev. 7	Data 29/08/2016	Pag 3 di 3

Allegare dichiarazione della Ditta produttrice firmata in originale dal rappresentate legale della ditta non antecedente a 6 mesi

LE DICHIARAZIONI SONO RESE SEMPRE SOTTO LA PERSONALE RESPONSABILITA' PENALE, CIVILE, AMMINISTRATIVO-CONTABILE E DISCIPLINARE PREVISTA PER I DIPENDENTI DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE (ART. 20 D.LGS. N. 29/93, COMMA 10).

IRCCS - Az. Osp. Università San Martino  
IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro  
Largo Rossetti 1 - 16132 Genova  
U.O. ANEP - Ambulatorio di Anestesiologia  
Direttore: Dott. Angelo Grillo  
Il Direttore/Responsabile  
della U.O. Ambulatorio di Anestesiologia  
(timbro e firma)

Data, 02/02/17

Il Direttore di Dipartimento

IRCCS - Azienda Ospedaliera Università San Martino  
IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro  
Largo Rodolfo Benzi n° 10 - 16132 Genova  
Dipartimento di Chirurgia  
Direttore: Prof. Domenico Palombo  
(timbro e firma)

Redatto U.O. HOR; U.O. HFA; U.O. HPR	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
---	-------------------------	-----------------------------

Teleflex Medical S.r.l.  
Via Torino 5  
I - 20814 Varedo MB (Italy)  
Phone: +39-0362-58901/58911  
Fax: +39-0362-589040

[www.teleflex.com](http://www.teleflex.com)  
[info.it@teleflexmedical.com](mailto:info.it@teleflexmedical.com)

Cap. soc 100.000 Euro i.v.  
R.E.A. MI 1088982  
REG. IMPR. 06324460150  
C.F. 06324460150  
P.I. IT 02804530968  
Socio Unipersonale

A CHI DI COMPETENZA

Varedo, 28/12/2016

Oggetto: SET PER TRACHEOSTOMIA PERCUTWIST® - 121555

La sottoscritta Teleflex Medical S.r.l. con sede legale in Varedo (MB), Via Torino n° 5, codice fiscale 06324460150 e partita IVA IT 02804530968 - capitale sociale € 100.000,00 i.v., nella persona di Paolo Carlo Crippa, nato a Paderno Dugnano (MI) il 12/12/1964 residente a Paderno Dugnano (MI), Via Firenze n. 16, in qualità di Legale Rappresentante

**DICHIARA**

Il dispositivo prodotto da **TELEFLEX MEDICAL ATHLONE** e qui di seguito descritto

*Set per tracheostomia PercuTwist® composto da un dilatatore PercuTwist®, una cannula per tracheostomia PercuQuick®, un dilatatore portacannula 17G x 70 mm, un bisturi, una siringa Luer, un filo guida-J, un dilatatore d'introduzione, monouso, sterile, mm 7/8/9*

*è unico ed esclusivo per le sue peculiarità e caratteristiche tecniche*

Il dispositivo in oggetto è provvisto di nr. di brevetto US 6.767.355 B2

In fede,

Teleflex Medical S.  
Paolo Carlo Crippa  
Legale Rappresentante



DITTA	CODICE OSP.	C.E.	DESCRIZIONE	ART. DITTA	NDR	U.M.	CONF. MIN.	Q.TA'	PREZZO EURO	IMPON.	ALIQ.	IVA	TOTALE
ESPO ERRESSE prodotti ospedalieri S.r.l.			Set per tracheostomia PERCUTWIST composto da un dilatatore Percutwist, una cannula per tracheostomia Percuquick, un dilatatore portacannula 17G x 70 mm, un bisturi, una siringa luer, un filo guida-J, un dilatatore d'introduzione, monouso, sterile	121555	9881/R		1 pz	30	€ 248,00	€ 7.440,00	22%	€ 1.636,80	€ 9.076,80
			Set per tracheostomia PERCUTWIST composto da un dilatatore Percutwist, una cannula per tracheostomia Percuquick, un dilatatore portacannula 14G x 52 mm, un bisturi, una siringa luer, un filo guida-J, un dilatatore d'introduzione, monouso, sterile	121556	9882/R								

TOTALE	€ 9.076,80
--------	------------

Allegato <sup>A</sup> ..... alla deliberazione n° 613 del ..... 11 MAG. 2017  
 composto da n° ..... pagine numerate da 1 a .....