

AVVISO DI CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO AI SENSI DELL'ART. 66 DEL D.LGS. 50/2016

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena con sede a Modena via del Pozzo n. 71 telefono 0594222390 fax 0594222305, indirizzo pec acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it e indirizzo Internet <http://www.aou.mo.it>, ha la presumibile necessità di procedere all'acquisizione di un servizio di noleggio con eventuale riscatto finale, per un importo presunto di € 68.000,00 i.v.a. esclusa, di neurosimulatore per la U.O. di Neurologia.

Al fine di conoscere l'assetto dei mercati di riferimento, i potenziali concorrenti, gli operatori interessati e le relative caratteristiche soggettive, le soluzioni tecniche disponibili, e verificarne la rispondenza alle esigenze della Azienda Sanitaria interessata, si ritiene di svolgere, ai sensi dell'art. 66 del D.Lgs 50/2016, consultazioni preliminari di mercato relative ai beni indicati nell'allegato 2.

Si precisa che queste indagini di mercato hanno esclusivamente finalità esplorative e sono preordinate ad individuare la presenza sul mercato di operatori in grado di fornire i prodotti indicati negli oggetti, o prodotti con caratteristiche tecniche equivalenti in termini di funzione e di finalità di utilizzo, ovvero di svolgere i servizi individuati.

Gli operatori economici non potranno, per il solo interesse manifestato nei confronti della presente indagine esplorativa, vantare alcun titolo, pretesa o priorità in ordine all'eventuale affidamento della fornitura o del servizio relativamente al quale hanno espresso interesse.

Il presente avviso pertanto non costituisce avvio di una procedura di gara o di affidamento. L'indagine di mercato avviata attraverso la pubblicazione del presente avviso sul sito dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena, si concluderà con la ricezione e la conservazione agli atti delle manifestazioni di interesse pervenute.

Il presente avviso non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Azienda Ospedaliero -Universitaria di Modena ad avviare procedure di alcun tipo.

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di propria esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti od interessati possano vantare alcuna pretesa.

L'operatore economico che intende dimostrare il proprio interesse a partecipare ad una eventuale selezione orientata all'ottenimento di un bene dovrà inviare all'indirizzo pec acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it la documentazione richiesta ed individuata nella apposita colonna dell'elenco allegato, i cui modelli sono pubblicati unitamente al presente avviso.

Possono presentare manifestazione di interesse gli operatori economici, come definiti dall'art. 45 del D.Lgs 50/2016, iscritti al registro della camera di commercio ed in possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016, oggetto di specifica dichiarazione, secondo l'allegato 3 facsimile, resa ai sensi e con le modalità di cui al DPR 445/2000.

Ai sensi dell'art.15 della legge n. 183 del 12/11/2011, non sarà accettato alcun certificato da parte delle imprese, ma solamente dichiarazioni sostitutive di certificazione.

Non saranno ritenute valide manifestazioni di interesse incomplete o parziali.

La manifestazione di interesse ed i relativi allegati, sottoscritti mediante forma digitale, dovranno essere trasmessi entro e non oltre le ore 12,00 del giorno 07/01/2019 al seguente indirizzo pec: acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it alla c.a. della sig.ra Daniela Goldoni e dott. Giovanni Azzone.

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza.

Data dell'avviso 20/12/2018

Il Dirigente Responsabile
del Servizio Unico Acquisti e Logistica
Dott.ssa Sabrina Amerio

ALLEGATO 2 – CARATTERISTICHE FORNITURA

Simulatore realistico provvisto di marchio CE composto da tavola tipo angiografo con sagoma di paziente dotato di accessi femorali e radiali. Il sistema preferibilmente deve possedere:

- Unità optica estraibile e portatile per uso stand alone.
- Box di controllo con comandi simili consolle angiografo.
- Pedale.
- Siringa.
- Laptop HD 23" touch screen.
- Monitor 50" 4K-Ultra HD

Il software preinstallato deve preferibilmente permettere:

- Archiviazione dati.
- Mappa di calore delle strutture anatomiche.
- Sistema di rilevazione radiazione per il paziente e per l'operatore.
- Tutor on-line.
- Impostare e scegliere il device in uso tra tutti quelli reali in commercio.

Si richiede che il sistema abbia i seguenti moduli preinstallati di default:

- Angio peripheral.
- Coronary angio.
- Coronary educator (che permette la visualizzazione didattica delle strutture anatomiche).
- Acute stroke per il trattamento della trombectomia e tromboaspirazione nel trattamento dell'ictus ischemico oltre ad embolizzazione e aneurismi.

Per successivi sviluppi didattici il simulatore deve preferibilmente avere casi realistici relativi alle seguenti procedure:

- Cardiac rhythm mngt.
- Transseptal puncture.
- Iliac & sfa intervention.
- Renal intervention.
- BTK intervention
- Uterine artery embolization.
- Aortic valve implementation.
- Carotid intervention.
- Endovascular aortic repair (Evar/AAA).
- Left atrial appendage occlusion (LAAO).
- Neurovascular coiling.
- Renal denervation.
- Thoracic endovascular.
- Aortic repair (Tevar).
- Vascular trauma MNGT.
- ASD/PFO occlusion.
- Prostatic artery embolization.
- Transarterial chemo embolization (TACE).

Inoltre, è richiesto che il sistema possa importare dati e creare propri casi e un archivio di proprie immagini anatomiche e radiografiche.

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ED ASSENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE DI CUI ALL'ART. 80 DEL D.LGS. 50/2016, RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____
() il _____ residente in _____ (), Via _____ n. _____,
in qualità di legale rappresentante dell'Operatore economico
_____ con sede in _____ via
_____ CAP _____,

- consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;
- a corredo della manifestazione di interesse all'Avviso di Consultazione preliminare di mercato ai sensi dell'art. 66 del D.Lgs 50/2016 per l'acquisizione di un servizio di noleggio con eventuale riscatto di neurosimulatore per la U.O. di Neurologia;

DICHIARA

- Che l'Operatore economico rientra tra le categorie di soggetti di cui all'art. 45 del D.Lgs 50/2016;
- Che l'Operatore economico è iscritto nel registro delle imprese di _____ al n. _____;
- Che l'Operatore economico possiede il codice fiscale _____ e numero di partita IVA _____;
- Che l'Operatore economico non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs 50/2016.

.....

(data)

.....

(firma)¹

¹ (Dichiarazione da firmare digitalmente)