

Nuoro, 19/04/2024_prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. SC Ch. Vascolare ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo Ponti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Francesco Pittalis

**Servizio di Farmacia
Ospedaliera - Nuoro**

Direttore S.C.
Dott.ssa Paola Chessa

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Francesco" Nuoro
Tel. 0784240528

Farmacia Ospedaliera
P.O.U. "S. Camillo" Sorgono
Tel. 0784623328

Oggetto: richiesta endoprotesi autoespandibili

Visto il fabbisogno della SC di Chirurgia Vascolare per endoprotesi autoespandibili, nelle more della conclusione procedura di gara centralizzata CAT per la CND P07 di cui è in corso la valutazione tecnica offerte, si presenta richiesta di acquisto

L'importo della fornitura annua è stimabile in € 76.000,00 ca + IVA 4%.

Distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Paola Chessa
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

ASL3 - Nuoro
Data: 2024-04-22 07:02:49.0, NP/2024/4648



Spett.le Direttore Farmacia Ospedaliera HSF
D.ssa Paola Chessa

Oggetto: Richiesta urgente di endoprotesi vascolare espandibile
ADVANTA V12

Si richiede l'acquisto in urgenza della protesi in oggetto nelle more dell'espletamento della gara regionale.

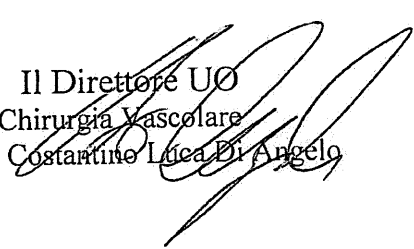
Il dispositivo risulta essere indispensabile per interventi endovascolari sulle arterie iliache e viscerali e per completare impianti di endoprotesi fenestrate. Possiede la particolarità di avere, oltre ad uno stent in acciaio, un sottilissimo rivestimento in PTFE che lo rende unico nel suo genere, prevenendo e limitando la proliferazione mio-intimale lungo il segmento trattato, minimizzando il prolasso del tessuto e la ristenosi.

Per quanto di mia conoscenza tale dispositivo viene distribuito per la regione Sardegna dalle Ditta Getinge Italia S.R.L.

Cordiali saluti

Nuoro li 17/04/2024

Il Direttore UO
Chirurgia Vascolare
Dr. Costantino Luca Di Angelo



MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato di Nuoro

Oggetto: **Richiesta d'acquisto**

N.B. ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO Chirurgia Vascolare

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. Costantino Luca Di Angelo

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che **non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASSL** che quanto richiesto **non è reperibile nei magazzini aziendali** (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o **non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:**

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì no

ENDOPROTESI VASCOLARE ESPANDIBILE ADVANTA V12

Quant.	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1	1435305	85340	CND 0704020202 RDM 10892	STENT IN PTFE lunghezza catetere 80 cm
1	1435306	85341	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435307	85388	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435308	85320	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435309	85321	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435310	85342	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435311	85343	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435312	85389	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435313	85323	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435314	85344	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435334	85322	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435335	85345	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435336	85390	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435337	85324	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435338	85325	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435339	85391	CND 0704020202 RDM 1562623	"

1	1435340	85326	CND 0704020202 RDM 10892	STENT IN PTFE lunghezza catetere 80 cm
1	1435341	85327	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435355	85392	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435356	85328	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435342	85329	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435357	85360	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435343	85361	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435358	85350	CND 0704020202 RDM 10892	STENT IN PTFE lunghezza catetere 120 cm
1	1435359	85351	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435344	85394	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435360	85330	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435362	85331	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435364	85352	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435347	85353	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435348	85395	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435350	85332	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435352	85333	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435367	85354	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435353	85355	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435368	85396	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435354	85334	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435375	85335	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435376	85397	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435377	85336	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435378	85337	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435379	85398	CND 0704020202 RDM 1562623	"
1	1435380	85338	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435369	85339	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435381	85364	CND 0704020202 RDM 10892	"
1	1435370	85365	CND 0704020202 RDM 10892	"

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura **NON** deve essere di rilevanza ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ARES, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ARES.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO** inferiore a €140.000 (IVA esclusa) N.B.: Specificare, **obbligatoriamente**, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D: Lgs. n° 50/2016 si sì no
In caso affermativo specificare DITTA GETINGE ITALIA S.r.l. e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico si no più lotti si no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: circa € 76.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE IN ATTESA DI ESPLETTAMENTO GARA REGIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): Scheda tecnica Richiesta motivata

[Handwritten signature]
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)
DEPARTAMENTO CURE CHIRURGICHE
Ospedale San Francesco
ASL Nuoro
Direttore: Don Antonio Onorato Succu

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzi la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.

PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

[Handwritten signature]
ASL Nuoro
OSPEDALI
Direzione Medica
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

[Handwritten signature]
ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASSL Nuoro
