

Nuoro, 10/05/2024_prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. Al Resp. SSD Cardiologia interventistica ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Scrafinangelo 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: rciheista acquisto kit puntura transettale

Facendo seguito all'allegata richiesta circostanziata d'acquisto della SSD di Cardiologia Interventistica, si propone trattativa per l'acquisto annuo di kit da puntura transettale con tecnologia in radiofrequenza. Materiale non contemplato in convenzioni e/o gare attive ne in programmazioni di gara sovraaziendale.

Potenziali fornitori: Boston scientific

Importo annuo: € 83.333,00 + IVA 4% ca

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

ASL3 - Nuoro
Data: 2024-05-24 06:56:27.0_PG/2024/16611

Nuoro, 14/05/2024

Alla c.a.

Dott.ssa Paola Chessa - Direzione Servizio
Farmaceutico Ospedaliero ASL Nuoro

E p.c.

Dott. Franco Mario Casula - Direzione Struttura
Complessa Provveditorato ASL Nuoro

Sede

Oggetto: acquisto dispositivi VERSACROSS per “puntura transettale”.

Con la nota in oggetto si richiede acquisto di “ kit VersaCross Transseptal Sheath”.

Il kit VersaCross è un sistema di accesso per via percutanea all’atrio sinistro e consente l’introduzione di differenti tipologie di cateteri, fili guida e protesi all’interno delle camere cardiache sinistre.

Il dispositivo consente l’accesso all’atrio sinistro garantendo il massimo standard di sicurezza, mediante l’erogazione di radiofrequenza monopolare, particolarmente selettiva per il tessuto cardiaco della Fossa Ovale (struttura attraverso la quale si accede alle camere sinistre).

Inoltre il kit VersaCross consente di eliminare gli “scambi di materiale” routinariamente effettuati con i kit tradizionalmente utilizzati per procedure in atrio o ventricolo sinistro.

In particolare, la “metodica tradizionale” consta in un primo posizionamento di filo guida nella Vena Cava inferiore. Il filo guida viene rimosso e sostituito da un Ago con punta cava. Una volta effettuata la puntura del setto interatriale si estrae l’ago e si posiziona un ulteriore filo guida nella Vena Polmonare Superiore Sinistra. Sulla guida viene fatto scorrere il dilatatore premontato sull’introduttore.

Ospedale San Francesco
SSD Cardiologia Interventistica

Direttore: Dott. Enrico Mura
Tel. 0784240133

Nella metodica “VersaCross” non si effettuano scambi tra ago e guida; dall’introduzione del materiale in Vena Cava Superiore al passaggio del dilatatore in Atrio Sinistro, si utilizza sempre la stessa guida compresa nel kit.

Attraverso quest’ultima, viene erogata una quantità di energia sotto forma di radiofrequenza (eliminando la necessità di imprimere forza sull’ago, potendo questa manovra perforare il cuore per ritorno elastico al passaggio a sinistra o per puntura accidentale di cuore o pericardio). Inoltre, la stessa guida assume una conformazione geometrica che consente di identificare con chiarezza la struttura all’interno della quale si trova, consentendo una navigazione sicura all’interno del cuore e elimina la possibilità di accesso per errore a pericardio o aorta con il dilatatore.

La tecnologia di puntura VersaCross consente pertanto l’attraversamento sicuro del setto anche in caso di anatomie complesse e fossa ovale floppy.

Sulla base delle considerazioni sopra espresse, richiedo acquisto del dispositivo in oggetto.

Cordiali saluti,

Dott. Enrico Mura

Direttore Cardiologia Interventistica
Enrico Mura
14.05.2024 ASL 3 Nuoro
15:45:29
GMT+01:00



MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (IVA esclusa)

(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

**Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Direzione Servizio Provveditorato**

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: SSD CARDIOLOGIA INTERVENTISCA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOCT. ENRICO MURA

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 ARES/ASL N. 3**, 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 si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
80		VXSK3021	RDM 136938/R CND ...	KIT VERSACROSS

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 3 Di Nuoro che disporrà per l'invio 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 ARES, 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 no

In caso affermativo specificare ditta **Baylis Medical/Boston Scientific**

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: **il sistema è costituito da 5 componenti: una guaina, un dilatatore, un filo guida 0,035'' da 180 cm con punta a J insieme ad un filo guida a radiofrequenza e cavo connettore. Il macchinario Generatore RF viene dato in comodato d'uso.**

8) COSTO PRESUNTO: **83.000 + IVA 4 %**

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE **X** PLURIENNALE OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

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 evidenzia 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)

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL 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)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
