



ASL3 - Nuoro  
Data: 26/09/2024 12:28:00 PG/2024/0029983

Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
Al Dir. Provveditorato ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. SSD Radiologia angiografica ASL Nuoro

loro sedi

**DIRETTORE GENERALE**  
Dott.ssa Annamaria Tomasella

**DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Giuseppe Dessi

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**  
Dott. Attilio Murru

**Dipartimento Del Farmaco**  
Direttore  
Dott.ssa Ninfa Di Cara

**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 materiale per neurointerventistica

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SSD di Radiologia angiografica, si richiede acquisto di guide per neurointerventistica. Il materiale non è compreso in gare o convenzioni attive a valenza regionale ma inserito nel fabbisogno richiesto dalla ARES Sardegna per nuova procedura CND C attualmente non ancora bandita.

Possibili fornitori:

- ditta Memis

Il Direttore S.C. Farmacia  
Dott.ssa Paola Chessa

**CHESSA** digitalmente da  
**PAOLA** CHESSA PAOLA  
Data: 2024.09.26  
11:42:22 +02'00'

**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 P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro  
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**

**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) STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: SSD Radiologia Interventistica;

2) DIRETTORE : Giovanni Dui ;

 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 (economi, 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)
15		RHBA1411 0M		Catetere angiografico Optitorque 4 fr Simmons Sidewinder 1 100 cm
10		RHBA2411 0M		Catetere angiografico Optitorque 4 fr Simmons Sidewinder 2 100 cm
15		RHBB1411 0M		Catetere angiografico Optitorque 4 fr Headhunter 1 100 cm
15		RHBH1411 0M		Catetere angiografico Optitorque 4 fr Vertebral 100 cm
5		RQ*BH941 02M		Catetere angiografico Outlook 4 fr 20 cm
10		RQ*BH941 03M		Catetere angiografico Outlook 4 fr 30 cm
50		RF- ZV9410GM		Catetere angiografico Glidecath 4 fr Non rastremato angolato 65 cm
20		RF- WH14110M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr VERTEBRAL 100 CM
10		RF- WH14112M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr VERTEBRAL 120 CM
50		RF- WA14110M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr Simmons Sidewinder 100 cm
50		RF- ZV94110M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr 100 cm angolato non rastremato
10		RF- ZB44108M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr 80 cm Cobra 1
10		RF- ZB54108M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr 80 cm Cobra 2

10		RF- ZB64108M		Catetere angiografico Glidecath 4 fr 80 cm Cobra 3
10		RF- FG150OG M		Catetere angiografico Soft Type pig tail 65 cm 5 fr
10		RF- FG150O8M		Catetere angiografico Soft Type pig tail 80 cm 5 fr
15		MC- PP24111ZB		Kit microcatetere con guida monoblocco premontata Progreat 2.4 110 cm
15		MC- PP24131ZB		Kit microcatetere con guida monoblocco premontata Progreat 2.4 130 cm
5		MC- PP24151ZV		Kit microcatetere con guida monoblocco premontata Progreat 2.4 150 cm
5		MC- PP27111		Kit microcatetere con guida monoblocco premontata Progreat 2.7 110 cm
5		MC- PP27131		Kit microcatetere con guida monoblocco premontata Progreat 2.7 130 cm
5		MC- PP27151		Kit microcatetere con guida monoblocco premontata Progreat 2.7 150 cm
10		WS*NA350 G3HM		Catetere di supporto Navicross punta angolata 65 cm
10		WS*NA350 93HM		Catetere di supporto Navicross punta angolata 90 cm
10		WS*NS350 G3HM		Catetere di supporto Navicross punta dritta 65 cm
10		WS*NS350 93HM		Catetere di supporto Navicross punta dritta 90 cm
10		PN*NA1809 3HM		Microcatetere di supporto NaviCross 0.018 90 cm punta angolata
10		PN*NA180 N3HM		Microcatetere di supporto NaviCross 0.018 135 cm punta angolata
10		PN*NS1809 3HM		Microcatetere di supporto NaviCross 0.018 90 cm punta dritta
10		PN*NS180 N3HM		Microcatetere di supporto NaviCross 0.018 135 cm punta dritta
10		RM*RS5C1 0PQ		Glidesheath Slender 5 fr
10		RM*RS6C1 0PQ		Glidesheath Slender 6 fr
250		RF+GA351 83M		Guida M standard 180 cm 0.035 inch j

50		RF- GS35183M		Guida M standard 180 cm 0.035 inch DRITTA
50		RF+PA351 83M		Guida M STIFF 180 cm 0.035 inch j
25		RF- PS35183M		Guida M STIFF 180 cm 0.035 inch DRITTA
25		RF- GS35263M		Guida M standard 260 cm 0.035 inch DRITTA
25		RF+GA352 63M		Guida M standard 260 cm 0.035 inch j
50		RF- PS35263M		Guida M STIFF 260 cm 0.035 inch DRITTA
50		RF- PA35263M		Guida M STIFF 260 cm 0.035 inch j

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 € 40.000** (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 sì  no

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unici  no ; più lotti  sì  no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: 120000 euro

9) FABBISOGNO: ANNUALE

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)

**DUI  
GIOVANNI**

Firmato digitalmente da  
DUI GIOVANNI  
Data: 2024.09.24 09:07:38  
+02'00'

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevano 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)

CATTINA

Firmato digitalmente da  
CATTINA GRAZIA

GRAZIA

Data: 2024-09-26 11:36:55  
+02'00'

**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)

CHESSA PAOLA

CHESSA PAOLA

Data: 2024-09-26 11:42:41

+02'00'

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

---