



ASL3 - Nuoro
Data: 25/09/2024 07:46:36 PG/2024/0029772

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

Oggetto: richiesta cateteri e sistemi di recupero

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SSD di Radiologia angiografica, si richiede acquisto di cateteri per infusione agenti trombolizzanti e sistemi di recupero corpi estranei per la gestione di occlusioni vascolari periferiche. 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 Medtronic

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

**CHESSA
PAOLA**

Firmato digitalmente
da CHESSA PAOLA
Data: 2024.09.24
15:48:08 +02'00'

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

**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) **U.O. RICHIEDENTE: UO SSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT 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 (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)
5		41036-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 4F 65 CM 20 CM INFUSIONE
5		41035-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 4F 65 CM 10 CM INFUSIONE
10		41038-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 4F 100 CM 10 CM INFUSIONE
10		41039-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 4F 100 CM 20 CM INFUSIONE
10		41041-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 4F 135 CM 10 CM INFUSIONE
10		41042-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 4F 135 CM 20 CM INFUSIONE
5		41052-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 5F 100 CM 30 CM INFUSIONE
5		41053-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 5F 100 CM 40 CM INFUSIONE
5		41054-01		Cragg-McNamara™ Valved Infusion Catheter 5F 100 CM 50 CM INFUSIONE
5		GN1000		Amplatz Goose Neck™ Snare Kit 10 mm
10		GN1500		Amplatz Goose Neck™ Snare Kit 15 mm
10		GN2000		Amplatz Goose Neck™ Snare Kit 20 mm
10		SC-014-135		TrailBlazer Support Catheter 0.014 inch 135 cm
10		SC-018-090		TrailBlazer Support Catheter 0.018 inch 90 cm

10	SC-018-135	TrailBlazer Support Catheter 0.018 inch 135 cm
----	------------	---

Al 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'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 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**

In caso affermativo specificare DITTA MEDTRONIC e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico **si**

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI** _____

8) **COSTO PRESUNTO: 17000 EURO +IVA**

9) **FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE**

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: 2024.09.23 12:49:38

+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 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)

CATTINA GRAZIA

Firmato digitalmente da CATTINA
GRAZIA
Data: 2024.09.23 10:49:25 +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 ella richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

CHESSA PAOLA Firmato digitalmente da CHESSA PAOLA
Data: 2024.09.24-15:48:25 +0200

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro
