

Nuoro, /10/2024\_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. 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: acquisto introduttore deflettibile**

Facendo seguito all'allegata richiesta circostanziata d'acquisto della SSD di Cardiologia Interventistica, considerata l'esaurimento del contratto 2024/322 e in attesa di determinazioni in merito da parte di ARES Sardegna sull'avvio di nuova gara per procedure di ablazione della fibrillazione atriale ed elettrofisiologia comprendenti device per nuove tecniche e metodologie, si propone negoziazione come da documentazione allegata per introduttori deflettibili compatibili con sistema di elettroporazione.

Importo della fornitura: € 139.000,00 + IVA 22%

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

**CHESSA  
PAOLA**

Firmato digitalmente  
da CHESSA PAOLA  
Data: 2024.10.22  
14:27:34 +02'00'



ASL3 - Nuoro  
Data: 23/10/2024 07:12:00 PG/2024/0033459

Alla C.a

Direzione SC Servizio Farmaceutico Ospedaliero

ASL Nuoro

E p.c.

Direzione SC Provveditorato ASL Nuoro

**Oggetto: Richiesta di acquisto di dispositivo Faradrive per il trattamento della fibrillazione atriale mediante tecnologia a Campo Pulsato (elettroporazione).**

Con la presente si richiede acquisto di introduttore deflettibile "Faradrive", necessario per l'esecuzione delle procedure di ablazione mediante Elettroporazione, già in uso all'U.O. "Cardiologia Interventistica".

Il dispositivo sopra citato è presidio fondamentale per eseguire interventi di ablazione mediante energia a campo pulsato. La procedura interventistica eseguita con questa tecnologia ha ridotto le complicanze procedurali, miglioramento del controllo del ritmo e la qualità di vita dei pazienti trattati.

Di seguito ad un primo ordine, considerando l'ampio numero di pazienti trattati per il nostro centro con questa tecnologia, siamo prossimi all'esaurimento dell'approvvigionamento già effettuato in passato.

Nelle more della messa in operatività della gara di service regionale per l'elettrofisiologia, si richiede pertanto l'autorizzazione all'acquisto **urgente** di dispositivo Faradrive, così da evitare interruzione del trattamento e garantire la qualità delle cure ai pazienti afferenti alla nostra ASL.

Rimaniamo a disposizione per fornire ulteriori dettagli tecnici e operativi necessari per agevolare il processo di acquisto di cui siete già in possesso in relazione al precedente acquisto.

In attesa di riscontro, l'occasione è gradita per porgere i più cordiali saluti,

Dr. Enrico Mura  
Enrico Mura  
16.10.2024  
08:54:25  
GMT+01:00

Nuoro 16/10/2023



**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: DOTT. 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)
140		21M402	RDM 2209695/R CND C0502	FARADRIVE STEERABLE SHEATH TRASPARENTE

**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'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  no

In caso affermativo specificare ditta **Boston Scientific**

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI, si  no

8) COSTO PRESUNTO: **139.000 + IVA 4 %**

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

11) **EVENTUALI ALLEGATI** (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

Enrico Mura

16.10.2024

08:58:20

GMT+01:00

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



*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**).

---

---

---

---

Firmato digitalmente da:

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato) **PAOLA SERAFINO**

Firmato il 21/10/2024 14:04

Seriale Certificato: 2279914

Valido dal 13/03/2023 al 13/03/2026

InfoCamera Qualified Electronic Signature CA



**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** Firmato digitalmente da CHESSA PAOLA  
Data: 2024.10.22 14:27:56 +02'00'

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---