

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

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. ff Cardiologia e UTIC

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 sistemi di estrazione emboli

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di Cardiologia e uTIC, si richiede acquisto di kit per aspirazione ed estrazione emboli. Il materiale non è compreso in gare a valenza regionale ne in nuove programmazioni.

Base d'asta € 8.300,00+ IVA cad

Possibili fornitori:

- Gada Italia
- Medical Concept Lab SS

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

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :  
PG/2022/80982 del 02/12/2022 ore 06,30  
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...  
Dest.: ASL NUORO DIREZIONE GENERALE; CAR...  
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



**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) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: UOC CARDIOLOGIA;

 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. MAURO PISANO;

 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  **X**  **no**

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
4 KIT				Il sistema di estrazione/aspirazione FlowTrierer è un dispositivo medico monouso, sterile, concepito per l'uso nei vasi periferici. Il sistema di estrazione/aspirazione FlowTrierer consiste dei seguenti componenti, confezionati separatamente
4		Trierer16 - Modello 25-101	CND C019002 REPERTORIO 2068187/R	Sistema di aspirazione Trierer16
4		Trierer20 - Modello 21-101	CND C019002 REPERTORIO 2068187/R	Sistema di aspirazione Trierer20
4		Trierer24 - Modello 22-101	CND C019002 REPERTORIO 2068187/R	Sistema di aspirazione Trierer20
4		10-101	CND C019002 REPERTORIO 10-101 2068180/R	Catetere FlowTrierer, S (6-10 mm) Dischi estrazione
4		10-102	CND C019002 REPERTORIO 10-102 2068181/R	Catetere FlowTrierer, M (11-14 mm) Dischi estrazione
4		10-103	CND C019002 REPERTORIO 10-103 2068182/R	Catetere FlowTrierer, L (15-18 mm) Dischi estrazione
4		10-104	CND C019002 REPERTORIO 10-104 2068183/R	Catetere FlowTrierer, XL (19-25 mm) Dischi estrazione
				Ogni Kit del SISTEMA DI ESTRAZIONE/ASPIRAZIONE FLOWTRIEVER® e composto di 7 pezzi ( 3 pezzi del sistema di aspirazione TRIEVER e 4 Cateteri con i dischi di estrazione di diverse misure) Vedere allegati schede tecniche.

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 € 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 si  no

In caso affermativo specificare DITTA GADA GADA ITALIA e relativo COD. PRODOTTO

- "Trievery" (in n.3 misure differenti, da utilizzarsi individualmente o in combinazione)
- "Trievery 24" codice: 22-101
- "Trievery 20" codice: 21-101
- "Trievery 16" codice:25-101

Catetere "FlowTrievery" (in n.4 misure differenti, da utilizzarsi facoltativamente)

- modello: 10-101
- modello: 10-102
- modello: 10-103
- modello: 10-104

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Gli accessori per eseguire la procedura sono già presenti in sala di emodinamica

8) COSTO PRESUNTO: €8300 + IVA ( Kit Completo)

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): \_\_\_\_\_

ASL n. 3 - Nuoro  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro

U.O.C. Cardiologia  
Direttore

Dott. Mauro R. S. Pisano

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).

ATS Sardegna  
Azienda Tutela Salute  
ASL Nuoro  
Presidio Ospedaliero Unico  
**DIRETTORE**  
Firma Direzione P.O.U. (o suo Delegato)  
*Grazia Cattina*

**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)

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
Firma Direzione Servizio Farmacia ospedaliera (o suo Delegato)  
Il Direttore  
*Dr.ssa Paola Chessa*

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro