

Nuoro, 29/04/2025\_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 Ch. Vascolare 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:** richiesta DM per embolizzazione in Ch. Vascolare

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di Chirurgia Vascolare, si richiede acquisto di spirali, cateteri e altro materiale utile alla esecuzione di embolizzazioni 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 in fase di ricezione campionatura di gara.

Possibili fornitori:

- ditta COOK

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

**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  
Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato di Nuoro**

**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: PIATTAFORMA ORM BLOCCO OPERATORIO SALA CHIRURGIA VASCOLARE

 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. COSTANTINO LUCA DI ANGELO

 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 ATS/ASSL 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 ☐

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10	1376133	CXI-2.3-14-65-0	CND C0104020101 RDM 911935	CATETERE DI SUPPORTO CON PUNTA RETTA E MARCHER IN PLATINO-IRIDIO
10	1537447	CXI-2.3-14-90-0	CND C0104020101 RDM 911935	" " "
5	1327402	CXI-2.3-14-150-0	CND C0104020101 RDM 911934	" " "
5	1394525	CXI-2.6-18-65-0	CND C0104020101 RDM 911937	" " "
10	1537461	CXI-2.6-18-90-0	CND C0104020101 RDM 911938	" " "
5	1327422	CXI-2.36-18-150-0	CND C0104020101 RDM 911937	" " "
10	1327423	CXI-4.0-35-90-P-NS-0	CND C0104020101 RDM 245480	CATETERE DI SUPPORTO CON PUNTA RETTA E MARCHER IN TUGSTENO
10	1537448	CXI-2.3-14-90-ANG	CND C0104020101 RDM 911936	CATETERE DI SUPPORTO CON PUNTA ANGOLATA E MARCHER IN PLATINO-IRIDIO
5	1327406	CXI-2.3-14-150-ANG	CND C0104020101 RDM 911934	" " "
10	1537449	CXI-2.6-18-90-ANG	CND C0104020101 RDM 911938	" " "
10	1327425	CXI-2.6-18-150-ANG	CND C0104020101 RDM 911937	" " "
10	1327408	CXI-2.3-14-150-ANG2	CND C0104020101 RDM 911935	" " "

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10	1327426	CXI-2.6-18-150-ANG2	CND C0104020101 RDM 911937	CATETERE DI SUPPORTO CON PUNTA ANGOLATA E MARCHER IN PLATINO-IRIDIO
10	1537462	CXI-4.0-35-90-P-NS-DAV	CND C0104020101 RDM 245480	CATETERE DI SUPPORTO CON PUNTA CURVA E MARCHER IN TUGSTENO
10	1327427	CXI-4.0-35-150-P-NS-DAV	CND C0104020101 RDM 245479	" " "
100	1154596	THSCF-35-260-1.5-ROSEN	CND C04020202 RDM 155657	GUIDA ROSEN 0,035 X 260 CM
20	132713	MWCE-18-14-10	CND C0104020203 RDM 297649	Microspiral per embolizzazione NESTER
20	1530658	MWCE-35-14-14	CND C0104020203 RDM 297649	Spirali per embolizzazione NESTER
20	1530645	MWCE-35-20-18	CND C0104020203 RDM 297649	" " "
20	1530659	MWCE-35-20-20	CND C0104020203 RDM 297649	" " "
20	132690	MWCE-18S-7/3	CND C0104020203 RDM 81024	Microspiral per embolizzazione Tornado
20	132691	MWCE-18S-7/4	CND C0104020203 RDM 81024	" " "
20	1530651	MWCE-18S-10/4	CND C0104020203 RDM 81024	" " "
20	1530664	MWCE-18S-10/5	CND C0104020203 RDM 81024	" " "
20	1530663	MWCE-35-7/3	CND C0104020203 RDM 81024	Spirali per embolizzazione Tornado
20	1428616	IMWCE-35-8-10	CND C0104020203 RDM 45087	Spirali per embolizzazione MReye™
20	1530646	IMWCE-35-10-5	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
20	1530660	IMWCE-35-10-10	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
20	1530661	IMWCE-35-10-15	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
20	1530647	IMWCE-35-10-20	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
20	1530662	IMWCE-35-20-10	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
20	1530648	IMWCE-35-20-15	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
20	1530649	IMWCE-35-20-20	CND C0104020203 RDM 45087	" " "
200	1134669	SDN-18-5.0	CND A019099 RDM	Ago per accesso vascolare Calibro 18 G Lunghezza 5 cm
200	1388191	SDN-18-7.0	CND A019099 RDM	Ago per accesso vascolare Calibro 18 G Lunghezza 7 cm
100	1518970	SDN-18-9.0	CND A019099 RDM	Ago per accesso vascolare Calibro 18 G Lunghezza 9 cm
200		SDN-21-7.0	CND A019099 RDM	Ago per accesso vascolare Calibro 21 G Lunghezza 7 cm

**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 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 ATS, 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 Cook Italia S.r.l. e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico si ☒ no ☐ più lotti si ☐ no ☐

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

8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ circa € 65.000

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☒ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐ NELLE MORE DI

ESPLETTAMENTO GARA REGIONALE CND C

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

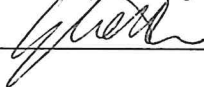
11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

**ATSSardegna - ASL Nuoro**  
Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)  
**Ospedale San Francesco - Nuoro**  
**U.O. Chirurgia Vascolare**  
Dirigente Medico  
**Dott. Costantino Luca Di Angelo**

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 ASL Nuoro** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

**ATSSardegna - ASL Nuoro**  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
**Servizio di Farmacia Ospedaliera**  
Il Direttore  
**D.ssa Paola Chessa**

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

Firma del Direttore ASL Nuoro