



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
ENNA

DETERMINA N ..... 181 ..... DEL ..... 08 MAR 2023 .....

OGGETTO: Acquisto, ai sensi dell'art.63 commi 1 e 2 lett. b), punti 2) e 3), D.Lgs n. 50/2016 e ss.mm.ii., presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna di Tendini di Achille per l'U.O.C Ortopedia e Traumatologia del P.O. Umberto I di Enna. CIG Z943A38743.

U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO

Proposta N 598 del 06/03/2023

L'INCARICATO DELL'ISTRUTTORIA

Dott.ssa Francesca Faraci

IL RUP

RESPONSABILE U.O.S. GARE BENI

Dott.ssa Francesca La Paglia

IL DIRETTORE

U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO

Dott.ssa Maria Concetta Perna

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria come da prospetto allegato (ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente determina.

Autorizzazione n. 1 sub 0 del 2023  C.B.  C.P. DIVERSI  
2 sub 39

Il Responsabile del procedimento  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

Stg.ra Lorenda Barbagnello

IL DIRETTORE DEL SEFP  
DEL SERVIZIO ECONOMICO  
FINANZIARIO PROVINCIALE  
Dott.ssa Maria Concetta Perna

Registro Provvisorio n. \_\_\_\_\_ del 08.03.2023

IL DIRETTORE DELL' U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO

L'annodue milaventitre il giorno 08 MAR 2023 del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, a seguito di atto di "Delega al Direttore UOC Servizio Provveditorato" Prot. N°6213 del 17/01/2023 del Commissario Straordinario Dr. Francesco Iudica.

**VISTO** il D. Lgs. n° 502/1992 s.m.i;

**VISTA** la L.R. n° 5/2009;

**VISTA** la Delibera n.1 del 22/09/2009 con la quale è stato approvato l'atto costitutivo dell'ASP di Enna;

**VISTO** l'Atto Aziendale approvato in via definitiva con delibera n. 857 del 12/06/2020, parzialmente rettificata con delibera n. 902 del 19/06/2020;

**VISTO** il Regolamento di organizzazione e funzionamento di questa A.S.P., Area Amministrativa adottato con delibera n. 829 del 24/10/2016, che stabilisce le attività della U.O.C. Servizio Provveditorato e le competenze conseguentemente attribuite al Responsabile del predetto Servizio;

**VISTO** l'atto di "Delega al Direttore UOC Servizio Provveditorato" prot. n.6213 del 17/01/2023, a firma del Commissario Straordinario Dr. Francesco Iudica, che conferma le competenze del Direttore U.O.C. Servizio Provveditorato, definite nei superiori atti normativi e regolamentari alle quali afferisce l'adozione della presente determina;

**PREMESSO** che, con nota prot. 12494 del 02/02/2023, con allegato modulo di richiesta di acquisto di tessuto muscolo-scheletrico comprensivo di spese di trasporto e di ghiaccio secco per pazienti che ne necessitano, sottoscritto dal Direttore della U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia e dal Direttore Medico del P.O. Umberto I di Enna;

**CHE** la suddetta nota è stata inoltrata al Servizio Provveditorato, con prot. n.24317 del 02/03/2023, con la sottoscrizione del Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera;

**CONSIDERATO** che la Legge 1 Aprile 1999, n. 91, ha regolamentato in Italia l'utilizzo, per innesto o trapianto, dell'osso umano e che, in forza di tale regolamentazione, sono già operanti sul territorio nazionale le seguenti Banche del Tessuto Muscolo-scheletrico:

Istituto Ortopedico Rizzoli	Bologna
Az. Osp. Careggi	Firenze
Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano
CTO	Torino
A.O. Cà Foncello- Fondazione	Treviso
Banca dei Tessuti O.C. Maggiore	Verona
IFO	Roma

**DATO ATTO** che, in assenza della Banca del Tessuto nella Regione Sicilia, in caso di necessità il medico, previa autorizzazione della direzione Sanitaria di Presidio, può richiedere ad una delle Banche autorizzate, la fornitura di detto tessuto;

**CHE**, facendo seguito alla richiesta, sopra menzionata, del Direttore della U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. Umberto I di Enna, occorre procedere alla stipula del contratto informatico a favore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, per l'importo complessivo di € 2.269,00, esente IVA, comprese <sup>di</sup> spese di trasporto e imposta di bollo come di seguito indicato:

- € 1.276,00 n.1 tendine di Achille
- € 916,00 n.1 emitendine di Achille
- € 40,00 ghiaccio secco
- € 35,00 trasporto
- € 2,00 imposta di bollo

**RITENUTO** di dover affidare la fornitura di che trattasi in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 63 commi 1 e 2 lettera b) punti 2) e 3), del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii;

**DATO ATTO**, a seguito dell'istruttoria effettuata, che il presente provvedimento, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L.20 dicembre 1996 n.639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n.190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2022/2024".

## DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

*Nome*  
**1. DI PRENDERE ATTO** della richiesta di tessuto muscolo-scheletrico comprensivo di spese di trasporto e di ghiaccio secco per i pazienti che ne necessitano, espressa dal Direttore U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia e dal Direttore Medico di Presidio del P.O. Umberto I di Enna.

**2. DI AUTORIZZARE**, ai sensi dell'art.63, commi 1 e 2 lett. b), punti 2) e 3), D. Lgs. n.50/2016 e ss. mm. ii., l'acquisto presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, di n. 1 tendine di Achille e n. 1 emitendine di Achille, ghiaccio secco nonché le spese di trasporto e dell' imposta di bollo, per un ammontare complessivo pari a € 2.269,00 esente IVA come di seguito indicato:

- € 1.276,00 n.1 tendine di Achille
- € 916,00 n.1 emitendine di Achille
- € 40,00 ghiaccio secco
- € 35,00 trasporto
- € 2,00 imposta di bollo

**3. DI DARE ATTO** che la spesa di € 2.269,00 esente IVA, necessaria per il fabbisogno di quanto richiesto, graverà:  
per € 2.232,00 sul conto economico n. 501011201 "Altri beni e prodotti sanitari" del bilancio economico corrente;  
per € 37,00 sul conto economico 509030299 "Altri oneri diversi di gestione" del bilancio economico corrente.

### CONTRATTO DEFINITIVO N:341/2023 - CIG N. Z943A38743

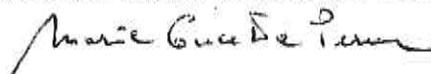
**4. DI DARE MANDATO** al Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera di provvedere, dopo la ricezione della comunicazione dell'avvenuta stipula contrattuale, all'emissione dell'ordine informatico (NSO) e al ricevimento informatico, e al Direttore della U.O.C. Amministrativa Area Sud, di provvedere alla liquidazione delle spettanze, con contestuale trasmissione al SEFP del "fascicolo di liquidazione", debitamente firmato digitalmente, per il pagamento, dietro presentazione di regolare fattura da parte della ditta individuata per la fornitura in argomento, previa attestazione di regolarità espressa dal Direttore dell'Esecuzione del contratto di seguito indicato.

**5. DI NOMINARE**, ai sensi dell'art.101, comma 1, del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii., quale Direttore dell'Esecuzione del Contratto il Direttore della U.O.C. Ortopedia e Traumatologia del P.O. Umberto I di Enna.

**6. DI NOTIFICARE** il presente provvedimento al Direttore dell'Esecuzione del Contratto, individuato al punto precedente, al Direttore della U.O.C. Amministrativa dell'Area Sud e al Direttore U.O.C. SEFP, per i consequenziali adempimenti di rispettiva competenza.

**7. DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo, stante l'urgenza di acquisire quanto in argomento in breve tempo.

Il Direttore  
U.O.C. Servizio Provveditorato  
Dott.ssa Maria Concetta Perna



Si dichiara che la presente determina è stata trasmessa all'Ufficio Delibere in data \_\_\_\_\_

L'Incaricato \_\_\_\_\_

### PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente determina, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio Informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art.32 della L.n.69 del 18/06/2009 dal 12 MAR 2023 al 26 MAR 2023

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
IL DIRIGENTE AMM. VO U.O.C. COORDINAMENTO STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n°. .....

### ESECUTIVITA' DETERMINA

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10.gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_
- immediatamente esecutiva dal 08 MAR 2023

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO UFFICIO DELIBERE

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n°. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n°. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

De. me LA PABLA (RUT) / De. - F. MARCI 10/02/2023

aspe ASP ENNA REGISTRO UFFICIALE. Int. 0024317-02-03-2023  
aspe ASP ENNA REGISTRO UFFICIALE. Int. 0012494-02-02-2023



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE 4  
ENNA

U. O. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
ENNA

Direttore: A. Russo  
tel 0935 516072 – 0935 516167  
email: ortopedia.umberto@asp.enna.it

Al Direttore U.O.C. Provveditorato

ASP 4  
ENNA

Oggetto: Richiesta fornitura Tendini di Achille

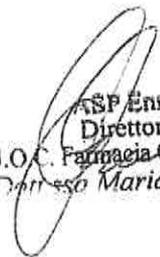
Con la presente si richiede la fornitura di:

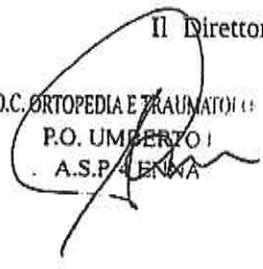
- n° 1 tendine di Achille completo per il paziente B. B. F. al costo di Euro 1.276,00
- n° 1 emitendine di Achille per il paziente C. F. al costo di Euro 916,00
- ghiaccio secco al costo di Euro 40,00 ogni 6 kg
- trasporto Euro al costo di 35,00.

Si fa presente che i suddetti pazienti sono già stati sottoposti a pre-ricovero presso la U. O. C. di Ortopedia e Traumatologia, diretta dal sottoscritto e che quanto richiesto viene fornito dalla Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico di Bologna secondo un tariffario aggiornato al 6/8/2020 e per un importo pari a Euro 2.267.

Si inviano le richieste da autorizzare e il tariffario.

Certo di un sollecito riscontro alla presente, si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti e si inviano cordiali saluti

  
ASP Enna  
Direttore  
U.O.C. Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Maria Ruscica

Il Direttore  
  
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
P.O. UMBERTO  
A.S.P. 4 ENNA





RICHIESTA DI TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO						
Quantità	Si richiedono per il giorno: 151 021 2023					
EPIFISI FEMORALE, peso approssimativo richiesto (precisare): grammi						
STECOA di (precisare):						
DIAFISI di (precisare):						
PERONE	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro				
FEMORE	<input type="checkbox"/> intero	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro	<input type="checkbox"/> cm
TIBIA	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destra	<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> cm
OMERO	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro	<input type="checkbox"/> cm
ULNA	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destra	<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> cm
RADIO	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro	<input type="checkbox"/> cm
CRESTA ILIACA	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> bicorticale	<input type="checkbox"/> tricorticale			
EMIBACINO	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro				
FASCIA LATA:						
<input checked="" type="checkbox"/>	TENDINE DI ACHILLE: COMPLETO					
TENDINE ROTULEO INTERO e QUADRICIPITE:						
ALTRI TENDINI (precisare):						
OSSO MORCELLIZZATO:		<input type="checkbox"/> busta 5 g	<input type="checkbox"/> busta 10 g	<input type="checkbox"/> busta 20 g	<input type="checkbox"/> busta 30 g	
OSSO LIOFILIZZATO:	<input type="checkbox"/> cuneo	<input type="checkbox"/> spongiosa (cubetti)	<input type="checkbox"/> chips 1 cc	<input type="checkbox"/> chips 2 cc	<input type="checkbox"/> chip 5 cc	
	<input type="checkbox"/> chips 10 cc	<input type="checkbox"/> chips 15 cc	<input type="checkbox"/> chips 30 cc	<input type="checkbox"/> microstecche (uso odontoiatrico)		
Altro:						
PASTA D'OSSO IN SIRINGA (DBGRAF-T):	<input type="checkbox"/> 0,25 cc n°:		<input type="checkbox"/> 0,50 cc n°:		<input type="checkbox"/> 1 cc n°:	
	<input type="checkbox"/> 2,5 cc		<input type="checkbox"/> 5 cc n°:			
PASTA D'OSSO IN PATCH CONGELATA (DBGRAFT):	<input type="checkbox"/> CERCHIO		<input type="checkbox"/> QUADRATO			
	<input type="checkbox"/> RETTANGOLO		<input type="checkbox"/> STRIP			
PASTA IGRAFT-C IN PATCH:	CC:		n°:			
ALTRE PASTE (precisare):						
ALTRI TESSUTI DA TARIFFARIO (previo accordo con la BTM) da precisare:						

Per il/la paziente (Cognome)	<del>XXXXXXXXXX</del>	(Nome)	<del>XXXXXXXXXX</del>
Nato/a il:	<del>XXXXXXXXXX</del>	Codice Fiscale:	<del>XXXXXXXXXX</del>
Candidato/a ad intervento di:	Previsto per il giorno:		
Presso l'Ospedale/Casa di Cura	UMBERTO I (P.O.)	Tel. 0935 516072 Fax	
Via	C/DA FERRANTE	CAP 94100	Città ENNA Prov. EN
L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.			
AUSL / Casa di Cura		Prov.	Regione
CONSEGNARE A:		IL GIORNO:	ENTRO ORE:
Trasporto organizzato da:	<input type="checkbox"/> richiedente	<input type="checkbox"/> BTM IOR (con conseguente addebito in fattura)	

x Direzione Sanitaria (timbro e firma leggibile) ANGELA M. MONTALBANO IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P. CO. Dott. SSA ANGELA M. MONTALBANO	x Medico richiedente (nome/cognome in stampatello e firma leggibile) ARCANGELO RUSSO 
--	---

Compilare la richiesta chiaramente in ogni sua parte, con le firme precedute dalla trascrizione in stampatello del nome e cognome. Inoltrare via fax 051-4689920 oppure scannerizzata a: btm@ior.it. Al fine di evitare disguidi, raccomandiamo di seguire le vostre procedure amministrative aziendali relative agli ordini; l'emissione del buono d'ordine (per la cui corretta emissione è consigliabile rivolgersi all'ufficio amministrativo BTM tel. 051-6366835) esonera dal visto della Direzione sanitaria, altrimenti assolutamente obbligatorio. L'Istituto Ortopedico Rizzoli garantisce il trattamento dei dati in conformità a quanto previsto dal Regolamento (UE) n.2016/679 ed dal

*Russo*



RICHIESTA DI TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO						
Quantità	Si richiedono per il giorno: 15/02/2023					
EPIFISI FEMORALE, peso approssimativo richiesto (precisare): grammi						
STECCA di (precisare):						
DIAFISI di (precisare):						
PERONE	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro				
FEMORE	<input type="checkbox"/> intero	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro	<input type="checkbox"/> cm
TIBIA	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destra	<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> cm
OMERO	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro	<input type="checkbox"/> cm
ULNA	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destra	<input type="checkbox"/> sinistra	<input type="checkbox"/> cm
RADIO	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro	<input type="checkbox"/> cm
CRESTA ILIACA	<input type="checkbox"/> intera	<input type="checkbox"/> bicorticale	<input type="checkbox"/> tricorticale			
EMIBACINO	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> sinistro				
FASCIA LATA:						
<input checked="" type="checkbox"/>	TENDINE DI ACHILLE: 5 TENDINE					
TENDINE ROTULEO INTERO e QUADRICIPITE:						
ALTRI TENDINI (precisare):						
OSSO MORCELLIZZATO:	<input type="checkbox"/> busta 5 g	<input type="checkbox"/> busta 10 g	<input type="checkbox"/> busta 20 g	<input type="checkbox"/> busta 30 g		
OSSO LIOFILIZZATO:	<input type="checkbox"/> cuneo	<input type="checkbox"/> spongiosa (cubetti)	<input type="checkbox"/> chips 1 cc	<input type="checkbox"/> chips 2 cc	<input type="checkbox"/> chip 5 cc	
	<input type="checkbox"/> chips 10 cc	<input type="checkbox"/> chips 15 cc	<input type="checkbox"/> chips 30 cc	<input type="checkbox"/> microstecche (uso odontoiatrico)		
Altro:						
PASTA D'OSSO IN SIRINGA (DBGRAF-T):	<input type="checkbox"/> 0,25 cc n°:	<input type="checkbox"/> 0,50 cc n°:	<input type="checkbox"/> 1 cc n°:			
	<input type="checkbox"/> 2,5 cc	<input type="checkbox"/> 5 cc n°:				
PASTA D'OSSO IN PATCH CONGELATA (DBGRAF-T):	<input type="checkbox"/> CERCHIO	<input type="checkbox"/> QUADRATO				
	<input type="checkbox"/> RETTANGOLO	<input type="checkbox"/> STRIP				
PASTA IGRAFT-C IN PATCH:	CC:	n°:				
ALTRE PASTE (precisare):						
ALTRI TESSUTI DA TARIFFARIO (previo accordo con la BTM) da precisare:						

Per il/la paziente (Cognome)			(Nome)			
Nato/a il:			Codice Fiscale:			
Candidato/a ad intervento di:			Previsto per il giorno:			
Presso l'Ospedale / Casa di Cura	P. O. UMBERTO I		Tel. 0935 516072 Fax			
Via	C/DA FERRATE		CAP 94100	Città ENNA	Prov. EN	
L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.						
AUSL / Casa di Cura			Prov.	Regione		
CONSEGNARE A:			IL GIORNO:	ENTRO ORE:		
Trasporto organizzato da:	<input type="checkbox"/> richiedente			<input type="checkbox"/> BTM IOR (con conseguente addebito in fattura)		

x Direzione Sanitaria (timbro e firma leggibile)	x Medico richiedente (nome/cognome in stampatello e firma leggibile)
	ARCAANGELO RUSSO
IL DIRETTORE MEDICO DEL P.P.O. Dott.ssa ANGELA M. MONTALBANO	<i>Arcaangelo Russo</i>

Compilare la richiesta chiaramente in ogni sua parte, con le firme precedute dalla trascrizione in stampatello del nome e cognome. Inoltare via fax 051-4689920 oppure scannerizzata a: btm@ior.it. Al fine di evitare disguidi, raccomandiamo di seguire le vostre procedure amministrative aziendali relative agli ordini; l'emissione del buono d'ordine (per la cui corretta emissione è consigliabile rivolgersi all'ufficio amministrativo BTM tel. 051-6366835) esonera dal visto della Direzione sanitaria, altrimenti assolutamente obbligatorio. L'Istituto Ortopedico Rizzoli garantisce il trattamento dei dati in conformità a quanto previsto dal Regolamento (UE) n.2016/679 ed dal

*Russo*



## TARIFFARIO BTM REGIONE EMILIA-ROMAGNA

stabilisce i rimborsi massimi per le varie tipologie di tessuto muscolo-scheletrico.

Applicazione dal 06/08/2020

CONGELATO: ARTI INFERIORI e SUPERIORI				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
10	cong	cuneo		436,00
7	cong	cubetti di spongiosa	/g	19,00
1	cong	epifisi femorale/omeroale	/g	12,00
34	cong	diafisi	/cm	70,00
35	cong	microstecca		250,00
36	cong	stecca	/cm	48,00
CONGELATO: ARTI INFERIORI				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
13	cong	condilo/emicondilo femorale	/g	12,00
11	cong	femore totale		3.260,00
14	cong	1/3 femore prossimale		1.426,00
15	cong	1/3 femore distale		1.426,00
16	cong	1/3 femore distale osteoarticolare		1.800,00
17	cong	1/2 femore prossimale		1.900,00
18	cong	1/2 femore distale		1.900,00
19	cong	1/2 femore distale osteoarticolare		2.100,00
20	cong	2/3 femore prossimale		2.330,00
21	cong	2/3 femore distale		2.330,00
22	cong	2/3 femore distale osteoarticolare		2.520,00
231	cong	anello femorale/cage Intervertebrale		750,00
81	cong	anello di tibia o femore (##)	<1 cm	60,00
23	cong	tibia totale		2.840,00
194	cong	tibia totale osteoarticolare		4.200,00
24	cong	emipiatto tibiale	/g	12,00
25	cong	1/3 tibia prossimale		1.575,00
27	cong	1/3 tibia distale		1.590,00
26	cong	1/3 tibia prossimale + menischi e apparato estensore completo		3.360,00
28	cong	1/2 tibia prossimale		2.000,00
30	cong	1/2 tibia distale		2.000,00
29	cong	1/2 tibia prossimale + menischi e apparato estensore completo		3.570,00
31	cong	2/3 tibia prossimale		2.415,00
33	cong	2/3 tibia distale		2.415,00
32	cong	2/3 tibia prossimale + menischi e apparato estensore completo		3.800,00
37	cong	perone totale		966,00
38	cong	1/2 perone prossimale		420,00
65	cong	ginocchio intero (##)		5.040,00
39	cong	rotula		630,00
40	cong	astragalo (##)		916,00
41	cong	calcagno (##)		1.260,00
42	cong	metatarso		331,00

*Nun*

CONGELATO: ARTI SUPERIORI				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
46	congelato	omero totale		2.520,00
47	congelato	omero con cuffia dei rotatori		2.850,00
48	congelato	1/2 omero prossimale		1.750,00
49	congelato	1/2 omero distale		1.750,00
50	congelato	1/3 omero prossimale / distale		1.276,00
51	congelato	2/3 omero prossimale / distale		1.906,00
52	congelato	ulna		1.790,00
195	congelato	1/2 radio / ulna		1.020,00
54	congelato	radio intero senza tendini bicipitali		1.900,00
64	congelato	gomito intero osteoarticolare con omero totale (##)		5.040,00
60	congelato	carpo intero (##)		3.700,00
147	congelato	metacarpo (##)		320,00
61	congelato	falangi mano (##)		315,00
TENDINI E FASCE				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
66	cong	menisco mediale / laterale		856,00
67	cong	menischi con piatto tibiale		2.536,00
68	cong	menisco mediale / laterale con bratta ossea		1.436,00
69	cong	pes anserinus tendine multiplo sartorio, gracile, semitendinoso		1.276,00
X 70	cong	tendine d'Achille		1.276,00
X 212	cong	emitendine d'Achille		916,00
71	cong	tendine rotuleo intero		1.680,00
72	cong	emitendine rotuleo		1.260,00
73	cong	tendine rotuleo intero e tendine quadricipite		1.790,00
74	cong	emitendine rotuleo ed emitendine quadricipite		1.486,00
75	cong	tendine quadricipite con emirotula		1.050,00
196	cong	tendine tibiale anteriore/posteriore		956,00
76	cong	altro tendine/nervo (##)		866,00
284	cong	tendine peroneo breve/lungo		780,00
285	cong	tendine Gracile / Semitendinoso		500,00
286	cong	estensore / flessore alluce		500,00
232	cong	fascia lata	< 50 cm <sup>2</sup>	600,00
233	cong	fascia lata	51 - 100 cm <sup>2</sup>	716,00
234	cong	fascia lata	101 - 150 cm <sup>2</sup>	866,00
235	cong	fascia lata	> 150 cm <sup>2</sup>	1.016,00
CONGELATO: TRONCO				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
58	cong	clavicola (##)		950,00
59	cong	scapola (##)		2.350,00
165	cong	costa (##)		420,00
43	cong	vertebra lombare (##)		900,00
236	cong	sterno intero (##)		4.200,00
2	cong	emibacino		4.200,00
3	cong	cresta iliaca intera	/g	16,50
4	cong	stecca tricorticale di cresta iliaca		376,00
5	cong	stecca bicorticale di cresta iliaca		331,00

*Nun*

CONGELATO: CALOTTA CRANICA				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
				950,00
78	cong	½ calotta cranica (teca cranica) (##)		630,00
79	cong	¼ calotta cranica (1/2 teca cranica) (##)		55,00
197	cong	stecche da calotta cranica (##)	3 x 2 cm /cm <sup>2</sup>	
TESSUTO MORCELLIZZATO				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
			/g	30,00
282	cong	chips di cortico-spongiosa	/g	40,00
281	cong	microcubetti di spongiosa (##)	/g	33,00
283	cong	chips di spongiosa (##)		
CARTILAGINE				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
				125,00
158	cong	cartilagine nasale (##)	/cm <sup>2</sup>	81,50
8	cong	cartilagine costale		316,00
132	alcool	cartilagine costale in alcool < = 3 cq		400,00
132	alcool	cartilagine costale in alcool > 3 cq		
LIOFILIZZATO				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
			2,0 x 2,0 x 3,00 cm	876,00
86	liof	cubetto di spongiosa	1,0 x 1,0 x 1,5 cm	600,00
86 bis	liof	cubetto di spongiosa		716,00
220	liof	dischetto di spongiosa	h da 0,5 a 2 cm	541,00
87	liof	cuneo	1 cc	61,00
88	liof	chips di corticospongiosa 1 cc	2 cc	96,00
89	liof	chips di corticospongiosa 2 cc	5 cc	206,00
90	liof	chips di corticospongiosa 5cc	10 cc	356,00
91	liof	chips di corticospongiosa 10 cc	15 cc	476,00
92	liof	chips di corticospongiosa 15 cc	30 cc	861,00
93	liof	chips di corticospongiosa 30 cc	1 cc	66,00
268	liof	chips di spongiosa 1 cc	2 cc	101,00
269	liof	chips di spongiosa 2 cc	5 cc	221,00
270	liof	chips di spongiosa 5 cc	10 cc	386,00
271	liof	chips di spongiosa 10 cc	15 cc	511,00
272	liof	chips di spongiosa 15cc	30 cc	911,00
273	liof	chips di spongiosa 30 cc	/cm <sup>2</sup>	108,00
238	liof	cresta mono/bi/tricorticale		300,00
126	liof	microstecche	/cm	50,00
239	liof	stecca	10 - 12 cm	630,00
128	liof	segmento peroneale	/cm <sup>3</sup>	120,00
471	liof	pasta iGRAFT-C in patch		
TESSUTO OSTEOCONDRALE FRESCO				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
				4500,00
287	fresco	articolazione totale fresco		3000,00
288	fresco	segmento articolare fresco		

*Bianchi*

DEMINERALIZZATO				
Cod	Tipo	Tessuto	Dimensione	Prezzo (€)
245	demin	polvere DBM 1 cc	1 cc	146,00
246	demin	polvere DBM 2 cc	2 cc	200,00
247	demin	polvere DBM 5 cc	5 cc	361,00
248	demin	polvere DBM 10 cc (##)	10 cc	540,00
249	demin	polvere DBM 15 cc (##)	15 cc	580,00
250	demin	polvere DBM 30 cc (##)	30 cc	945,00
257	demin	cubetto di pasta DBM (congelato)	/cm <sup>3</sup>	206,00
258	demin	cubetto di pasta DBM + corticospongiosa liofilizzata (congelato)	/cm <sup>3</sup>	226,00
255	demin	pasta DBM in patch (congelato)	/cm <sup>3</sup>	115,00
259	demin	pasta DBM + corticospongiosa liofilizzata in patch (congelato)	/cm <sup>3</sup>	136,00
289	demin	pasta DBM-T in siringa 0,25 cc		60,00
290	demin	pasta DBM-T in siringa 0,50 cc		80,00
291	demin	pasta DBM-T in siringa 1,00 cc		140,00
292	demin	pasta DBM-T in siringa 2,50 cc		270,00
293	demin	pasta DBM-T in siringa 5 cc		450,00
297	demin	pasta DBM-T in siringa 10 cc (##)		760,00
294	demin	pasta DBM-T in siringa + corticospongiosa lio 1cc		160,00
295	demin	pasta DBM-T in siringa + corticospongiosa lio 2,5 cc		300,00
296	demin	pasta DBM-T in siringa + corticospongiosa lio 5 cc		500,00
277	demin	pasta DBM-T putty	/g	150,00
279	demin	pasta DBM-T putty + corticospongiosa lio	/g	161,00
PRESTAZIONI VARIE				
///		kit confezionamento epifisi femorali		20,00
///		kit confezionamento teche/calotte/opercoli cranici		30,00
261		stoccaggio con criopreservazione a lungo termine, in azoto liquido, di cellule		2.200,00
262		stoccaggio con criopreservazione, in congelatore meccanico, a 5 anni di cellule	/cm <sup>3</sup>	40,00
82		segmento extratariffario prelevato su specifica richiesta		2.500,00
83		validazione e stoccaggio segmento autologo		200,00
84		processazione, validazione e stoccaggio segmento autologo (compresa calotta cranica): tariffa una tantum		450,00
X 142		ghiaccio secco	ogni 6 kg	40,00
1421		ghiaccio sintetico	ogni 6 kg	50,00
X 143		trasporto		35,00
265		spedizione entro mezza giornata successiva alla richiesta		100,00
266		spedizione entro 24 ore dalla richiesta		75,00
193		international transport		250,00
LAVORAZIONE SPECIFICA PERSONALIZZATA SU TESSUTO DI LISTINO				
1200		Lavorazione manuale aggiuntiva (##)		100,00
1201		Lavorazione CNC aggiuntiva (##)		200,00
1202		Servizio stampa 3 D volume fino a 500 cc		20,00
1203		Servizio stampa 3 D volume oltre 500 cc		40,00
1204		Servizio stampa 3 D + segmentazione CT vol. fino a 500 cc		100,00
1205		Servizio stampa 3 D + segmentazione CT vol. oltre 500 cc		130,00
1206		Servizio progettazione CAD innesto custom		200,00

Le tariffe dei tessuti sono già comprensive dei costi di confezionamento.

LEGENDA: (##) Prelievo o produzione da concordare.

*Bianchi*