

Nuoro, /06/2022 prof. n. \_\_\_\_\_

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro

loro sedi

**DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Annamaria  
Tomasella

**DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Giuseppe Dessì

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**  
Dott. Attilio Murru

Dipartimento Del Farmaco  
Direttore  
Dott.ssa Ninfa Di Cara

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

Farmacia Ospedaliera  
P.O. "S. Francesco" Nuoro  
Tel. 0784240361

Farmacia Ospedaliera  
P.O.U. "S. Camillo" Sorgono  
Tel. 0784623328

Oggetto: richiesta sensori per ossimetria

Considerata la vacanza contrattuale a livello Regionale e nelle more della gara centralizzata per CND C, visto l'andamento a livello Ospedaliero in ASL NU dei consumi di sensori per ossimetria compatibili con pusossimetri e monitor tipologia Mindray, Draeger, Masimo e Nellcor senza Oxi Max in dotazione a più UUOO (es Rianimazione, Nefrologia), si chiede l'acquisto di tali dispositivi nelle tipologie e quantità di cui al modulo allegato.

Valore complessivo della fornitura annua: € 39.500,00 ca + IVA 22%

Base d'asta:

€ 14,30/cad pz + IVA 22% per sensori adulti

€ 14,62/cad pz + IVA 22% per sensori adulti

Possibili ditte da interpellare:

- TE.S.MED S.N.C.
- MASIMO EUROPE LIMITED
- DRAEGER MEDICAL ITALIA

Distinti saluti

Il Direttore SC Farmacia Ospedaliera

Dott.ssa Paola Chessa

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE NELLA  
PG/2022/50958 del 13/07/2022 ore 12,2  
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Osped...  
Dest.: DIRETTORE GENERALE ASL 3 NUORO D...  
Class.: 1, Fase.: 4B 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:** FARMACIA OSPEDALIERA SAN FRANCESCO;

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** DOTT.SSA PAOLA CHESSA

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  sì  no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecnic)
2000	132959	MA1859	C900301	SENSORI PER OSSIMENTRIA ADULTI
760	1282362	4003	C900301	SENSORI PER OSSIMENTRIA NEONATALI

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 discorrà per l'invio 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  sì  no

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

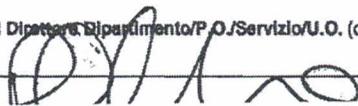
8) COSTO PRESUNTO: € 14,30 a pezzo COSTO TOTALE € 39500 **39.500**

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE

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)



**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).

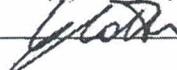
---

---

---

---

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)

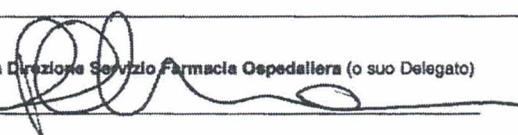
---

---

---

---

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_