

Nuoro, 18.10.2022 prot. n. 68742

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. f.f. Chirurgia Vascolare 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. 0784240528

Farmacia Ospedaliera

P.O.U. "S. Camillo" Sorgono

Tel. 0784623328

**Oggetto:** richiesta stent aortici

Facendo seguito all'allegato fabbisogno del Resp. f.f. SC Chirurgia Vascolare, si richiede acquisto di stent aortici. La richiesta riveste carattere di particolare urgenza. Il materiale non è ricompreso in contratti validi per l'ASL Nuoro che a suo tempo non presentò fabbisogno per la relativa gara centralizzata.

Importo presunto della fornitura: € 39.000,00 + IVA 4%

Ultimo fornitore: Artemide s.r.l.

**ARES Sardegna S.p.A. Farmacia  
Il Direttore  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Paola Chessa  
Il Direttore  
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**

**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: 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  sì  no

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1	1400106	BGA 3912-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO
1	1400108	BGA 3914-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO
2	1400130	BGA 3816-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO
1	1400112	BGA 3818-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO
2	1400114	BGA 3720-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO
1	1400133	BGA 3722-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO
2	1400117	BGA 3724-2	CND 07040202 RDM 1491256	STENT AORTICO

**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 \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico si  no  o lotti si

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

8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ circa € 39.000

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  TRIMESTRALE  CASIONALE  ATTESA DI

ESPLETAMENTO GARA REGIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDA TECNICA Dichiarazione di unicità \_\_\_\_\_

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

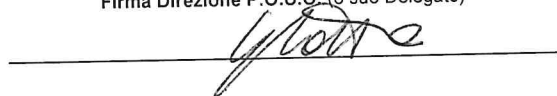


N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento 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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
**Servizio di Farmacia Ospedaliera**

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

Dr.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

\_\_\_\_\_