



Azienda socio-sanitaria locale

ARES - Azienda regionale della salute  
Data: 10/05/2022 13:23:50 NP/2022/0001412

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA  
NP. 2022/1412 del 10/05/2022 ore 13,23  
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedaliero  
Ass.: Dipartimento del Farmaco  
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



Nuoro, 10/05/2022 prot. n. \_\_\_\_\_

**Al Resp Dipartimento Farmaceutico**

**Dr.ssa N.A. Dicara**

**e p.c. al Dir. Sanitario ASSL Nuoro**

**e p.c. al Dir Amministrativo ASSL Nuoro**

**loro sedi**

**AZIENDA SOCIO SANITARIA  
LOCALE di NUORO  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Paolo Cannas**

**Farmacia Ospedaliera  
P.O. "S. Francesco"  
Nuoro  
Tel. 0784240528**

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

**Oggetto: acquisto "Calce sodata" tramite SC Giuridico Amministrativa**

Come da richiesta della U.O. di Anestesia del P.O. San Francesco, si chiede autorizzazione all'acquisto di "Calce sodata", CND R0280, tramite Area Giuridico Amministrativa, non presente nelle programmazioni a valenza aziendale/ regionale.

In attesa di riscontro si porgono  
distinti saluti

**I Dirigenti Farmacisti - SC Farmacia Ospedaliera - P.O. San Francesco**

Drssa Pietrina Deiana

Drssa Paola Chessa

Drssa Sara Sanna Assente

Dr Giuseppe Mulargia

Drssa Laura Donatella Gavina Milia Assente

*PIETRINA DEIANA  
PAOLA CHESSE  
SARA SANNA  
GIUSEPPE MULARGIA  
LAURA DONATELLA GAVINA MILIA*

**IL DIRETTORE DIPARTIMENTO DEL FARMACO  
Dott.ssa Ninfa Antonia Di Cara**

Azienda



**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 5 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

ASL3 NUORO  
NP 2022/1540 del 09/05/2022 ore 13.05

Mitt: AREA OSPEDALIERA

Ass.: Direzione Generale - Segreteria

**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: ANESTESIA E RIANIMAZIONE

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: PEPPINO PAFFI

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 si sono proceduti di cura assistenziali/contrasti con 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 tecniche)
720	1143676	8003138	R0280	CALCE SODATA MEDISORB CANESTRI MONOUSO

**Al fine dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di acquisto 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'invio alla competente struttura 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/elettrodomestici 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

6) 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: - COSTO TOTALE € 12.800,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE



Firma del Direttore Dipartimento P.O.U.O. San Francesco di Nuoro

**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

\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO DEL FARMACO  
Dott.ssa Ninfa Antonia Di Cara