ARES Sardegna
Azienda regionale della salute

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Annamaria Tomasella

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Dessì

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Attilio Murru

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

ARES - Azienda regionale della salute
Data: 24/01/2023 13:39:54 PG/2023/0014122

Nuoro, 24-01-23 prot. n. 14122

al Dir Generale ASL Nuoro

al Dir Sanitario ASL Nuoro

al Dir Amministrativo ASL Nuoro

e p.c. Al Resp. Anestesia e Rianimazione ASLNuoro_

Oggetto: richiesta filtri per endotossine

Vista la richiesta della SC di Anestesia e Rianimazione per l'acquisto di filtri per rimozione endotossine corredati di test microbiologici e linee di estensione, nelle more di procedura di gara centralizzata da proporre alle strutture preposte in ARES, si chiede acquisto di numero nove set completi che garantirebbero, visto l'andamento dei consumi 2022, i fabbisogni assistenziali per mesi sei. L'importo della fornitura è stimabile in € 40.000,00 + IVA 22%.

Ultimo fornitore ditta ESTOR S.P.A.

Si segnala il carattere d'urgenza della presente considerata la valenza salvavita del dispositivo.

Distinti saluti

IL Direttore SC Farmacia Ospedaliera

Drssa Paola Chessa

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Dirigente Farmacista
Drssa Pietrina Deigna

Servizio di Farmacia Ospedaliera
Via Mannironi 08100 Nuoro
Tel. 0784 240215
farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

Azienda Regionale della Salute (ARES)
Via Piero della Francesca 1 – 09047 Selargius (CA)
Tel. 070/6093804 – 079/2084420 – 079/2084422
direzione.generale@aressardegna.it
www.aressardegna.it

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: SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:DR. P. 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 vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASSL**, che quanto richiesto **non è reperibile nei magazzini aziendali** (economali, 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 X no**

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
9	1058330	PMX20R	F01080202	COLONNA PER ASSORBIMENTO DI ENDOTOSSINE
9	1401445	EAAST-20	W010407	TEST RAPIDO PER ENDOTOSSINE
9	1417522	LFC02RE	F0305	KIT PER EMOPERFUSIONE

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 ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, 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 ATS.

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 X**

In caso affermativo specificare DITTA _____ **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: € 4400,00– COSTO COMPLESSIVO €. 39600,00
9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE X ANNUALE 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)

_____

ATSSardegna - Area Socio Sanitaria Locale - Nuoro
ANESTESIA E RIANIMAZIONE

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

_____

_____

_____

_____

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Dirigente Farmacista
Dr.ssa Pietrina SALIS

_____

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

_____