



Nuoro, 24.01.23 prot. n. PG 13921

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. Al Resp. f.f. Radiologia ASL Nuoro

loro sedi

**DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Annamaria Tomasella

**DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Giuseppe Dossi

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murreu

**Servizio di Farmacia  
Ospedaliera - 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 aghi semiautomatico per biopsia

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di radiologia, si richiede acquisto di aghi semiautomatici a ghigliottina per biopsia. Non sono disponibili contratti derivanti da gara centralizzata né in programmazione per materiali di medesimo livello prestazionale (es volume di tessuto prelevato a parità di Gauge, qualità del reperto anatomico).

Attuale fornitore: Ditta MEMIS

Importo presunto della fornitura: € 7.000,00 + IVA 22%

Il Direttore S.C. Farmacia  
Dott.ssa Paola Chessa  
**ARES Sardegna** - Nuoro  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
Dott.ssa Paola Chessa

ARES - Azienda regionale della salute  
Data: 24/01/2023 09:28:15 PG/2023/0013921

**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: RADIOLOGIA AREA NUORO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR.SSA M.A CALVISI

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 (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  sì  no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
120	1134086	SBTR1810EC		Ago semiautomatico a ghigliottina corredato di ago introduttore graduato con fermo regolabile composto da stiletto con punta trocar e cannula a punta piatta.
40		SBTR1807EC		
20		SBTR1810EC		
120		SBTR1815EC		
40		SBTR1820EC		

340 AGRU BIVARRE MISURE

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, ilbene/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'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 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 unici  no ; più lotti  sì  no

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

8) COSTO PRESUNTO: EURO \_\_\_\_\_

**9) FABBISOGNO: ANNUALE**

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

APES Sardegna - ASL Nuoro  
Ospedale "San Francesco" (Nuoro)  
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio (o suo Delegato)  
20/01/2023  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Maria Antonietta Calvis

**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)

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

APES Sardegna - ASL Nuoro  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
Il Direttore  
Drt.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

\_\_\_\_\_

