



Nuoro, 24.01.23 prot. n. 13500 PG

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 Dessi

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murru

**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 automatici per biopsia

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

Attuale fornitore: Ditta MEDITALIA BIOMEDICA s.r.l.

Importo presunto della fornitura: € 11.000,00 + IVA 22%

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

ARES - Azienda regionale della salute  
Data: 24/01/2023 09:09:02 PG/023/000114

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](mailto:direzione.generale@aressardegna.it)  
[www.aresardegna.it](http://www.aresardegna.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: RADIOLOGIA AREA NUORO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT.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 (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  no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)200
				AGO BIOPSIA AUTOMATICO A NUCLEO INTERO PER TESSUTI MOLLI E ORGANI PARENCHIMALI. LUNGHEZZA DI GITTATA VARIABILE: 13 MM, 23 MM, 33 MM., VOLUME DI TESSUTO > DEL 59% RISPETTO AGLI ALTRI DISPOSITIVI, < FRAMMENTAZIONE E SCHIACCIAMENTO TESSUTI.
20	1143617	360-1580-01	A01020102	
20	1143763	360-2080-01	A01020102	
20	1143607	370-1080-01	A01020102	
20	1143584	370-1580-01	A01020102	
120	1143762	360-1080-01	A01020102	

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 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 si  no  X

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

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

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

8) COSTO PRESUNTO: € 55,00- COSTO TOTALE € 11.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE

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



