

Nuoro, 27/04/2023 prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. FF SAFT ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo Ponti

DIRETTORE

AMMINISTRATIVO

Dott. Francesco Pittalis

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 DM per ossigeno e aerosol terapia

Con la presente si richiede l'acquisto di vari dispositivi medici per ossigeno e aerosol terapia nelle more della definizione di nuova procedura di gara centralizzata della CND R per la quale sono in via di predisposizione i fabbisogni richiesti dalla AOU di Cagliari.

Importo presunto annuo della fornitura per la ASL Nuoro: € 26.000,00 ca + IVA 22%

Possibili fornitori:

- - FIAB
- BENEFIS
- AIR LIQUIDE
- TELEFLEX
- MEDICA VALEGGIA

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera

Dott.ssa Paola Chessa

CHESSA digitalmente da
PAOLA CHessa PAOLA
Data: 2023.04.27
16:47:39 +02'00'

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: FARMACIA OSPEDALIERA
 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR.SSA PAOLA CHESSA

 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)
5500	1319389	312MM	R030102	Cannule Nasali per ossigenoterapia (occhialini): con linguetta para-labro anatomica, beccucci nasali ricurvi e morbidi per adattarsi al profilo anatomico del naso, con tubo ossigeno di mt, 2 circa, Adulti e pediatriche e neonati
15000	1314225	T1805A	R03010301	Kit per aerosolterapia con maschera: con ampolla per farmaco in PVC o altro materiale medical grade, trasparente, graduata in ml volume 10 ml (+/- 10perc) - maschera in PVC o altro materiale medical grade - tubo di connessione alla fonte di flusso antischiumamento lungh, mt, 2 (+/- 10perc), nebulizzazione delle particelle inferiore a 3 micron, utilizzabile in posizione sia verticale che orizzontale, minimo volume residuo, Monopaziente pluriuso, in conf, sterile o microbiologicamente puli
200	108367	OS/100P	R03010201	Maschere per ossigeno terapia : tipo standard, trasparente, complete di prolunga di 2 mt, circa, in conf, singola, Misure: pediatrica 2
5000	108366	OS/100	R03010201	Maschere per ossigeno terapia : tipo standard, trasparente, complete di prolunga di 2 mt, circa, in conf, singola, Misure: ADULTI
2500	1332042 1109141 9	OS/60K- OS/70K	R03010202	Maschere tipo VENTURI : con valvola Venturi di diluizione dell'ossigeno dal 24 al 50perc, tubo di connessione flessibile, adattatore di umidificazione, Misure Adulti e pediatriche

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 relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: IMPORTO CA € 26.000,00 + IVA 22%

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Firma del Direttore ~~San Francesco di Nuoro~~ / ~~San Francesco di Nuoro~~ (o suo Delegato)
Il Direttore
Dr.ssa Paola Chessa

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 ASSL 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
Firma Direzione ~~San Francesco di Nuoro~~ / ~~San Francesco di Nuoro~~ (o suo Delegato)
Il Direttore
Dr.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro