

Nuoro, 14/03/2025\_prot. n. \_\_\_\_\_

**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

al Dir. Sc provveditorato ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Dir SC Urologia ASL Nuoro  
e p.c. Ing Marta Vargiu SSD Ingegneria Clinica ASL Nuoro

loro sedi

**Oggetto** Richiesta ureteroscopio monouso

Vista la programmazione ricevuta dal Dir. Sc Urologia, considerata la vacanza contrattuale, si propone procedura d'acquisto per fornitura annua del materiale monouso.

Per il relativo monitor, si rimanda alla SSD Ingegneria Clinica.

L'importo presunto annuo ammonta a circa € 117.0,00 + IVA 22%

Potenziali fornitori:

come indicato negli allegati

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

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

Spett.le Direttore Farmacia Ospedaliera HSF  
D.ssa Paola Chessa

**Oggetto: Richiesta urgente di ureterorenoscopia flessibile monouso**

Si richiede il dispositivo in oggetto in quanto non è presente in nessuna gara regionale, e risulta indispensabile per l'attività chirurgica urologica, più precisamente per calcolosi renale e neoplasie peliche

In seguito a diverse prove e demo effettuate recentemente con 4 aziende, Boston Scientific, Movi-Innovex, Storz e HugerMed, quest'ultimo risulta essere l'unico presente sul mercato con diametro da 6,3 Fr e canale operativo da 3,6 Fr, rotazione dell'asta di più o meno 120° e una qualità di immagine costante e affidabile evitando compromissioni della qualità del lavoro.

Il futuro va sempre di più verso dispositivi monouso con contratti relativamente brevi, 2/3 anni, in quanto la tecnologia si evolve velocemente e i prezzi di mercato calano progressivamente


Inoltre si riducono i costi in quanto si elimina il riprocessamento, la riparazione e il rischio di infezioni crociate come avviene con il pluriuso.

Si chiede di acquisire il dispositivo dalla Ditta Alliance Medical Technologies in quanto distributore unico ed esclusivo per l'Italia

Cordiali saluti

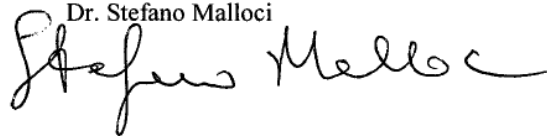
Nuoro li 25/02/2025

Referente per approvazioni e logistica  
Piattaforma ORM  
Blocco operatorio Nuoro  
CPSI Graziella Pittori

 **ASL Nuoro**  
Azienda socio-sanitaria locale  
**Operating Room Management ORM**

Il Direttore U.O. Urologia

Dr. Stefano Mallocci



**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**

**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**

**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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  
Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato di Nuoro**

**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: **BLOCCO OPERATORIO SALA UROLOGIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DR. STEFANO MALLOCI**

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 ☒ sì ☐ no

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
180	1507576	600001000	CND Z12020709 RDM 2620880	Ureterorenoscopio flessibile monouso 6,3Fr mod.HU30S

**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 ☐ sì ☒ no

In caso affermativo specificare DITTA **Alliance Medical Technologies Srl** e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

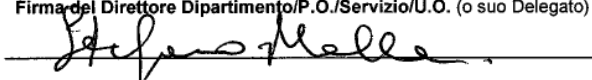
8) COSTO PRESUNTO: **€ 117.000,00** circa \_\_\_\_\_

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☐ PLURIENNALE ☒ OCCASIONALE ☐

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): **Scheda Tecnica**

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)



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).

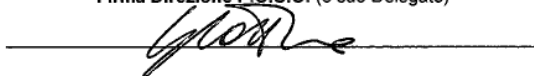
---

---

---

---

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)

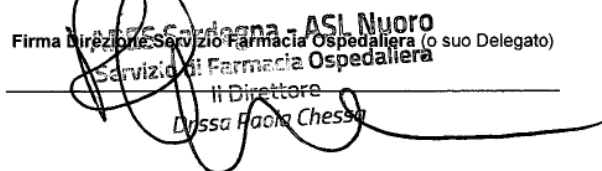
---

---

---

---

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

  
Il Direttore  
Dessa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

