



Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro  
e p.c.  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
al Dir. ff SC Ortopedia ASL nuoro

loro sedi

**Oggetto: Richiesta frese a lame per colonna artroscopica**

Facendo seguito al fabbisogno presentato dalla SC di Ortopedia, si richiede procedura di acquisto per frese, lame e tubi di afflusso/efflusso per la colonna artroscopica Strycker n° di inventario NU-0012499 e NU-12497 di proprietà dell'Azienda. I dispositivi saranno compresi nella gara ARES per la CND K al momento in fase di elaborazione del capitolato da parte del gruppo tecnico di progettazione

Importo presunto della fornitura € 100.000,00+ IVA 22%)

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia  
Dott.ssa Paola Chessa

**CHESSA**  
**PAOLA**  
Firmato digitalmente da  
CHESSA PAOLA  
Data: 2025.07.04  
12:10:05 +02'00'

**COMMISSARIO  
STRAORDINARIO**  
Dott. Angelo Zuccarelli

**DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Pier Paolo Bitti

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**  
Dott. Ssa paola Raspitzu

**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

PIATTAFORMA ORM  
SALA ORTOPEDIA

**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  
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: PIATTAFORMA ORM BLOCCO OPERATORIO SALA ORTOPEDIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. ALESSIO ATZORI

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 (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 sì ☒ no ☐

Quant	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10	1329788	375941012	CND K030204 RDM 1399463	FRESA BARREL 4.0MM
250	1266762	0450000300	CND K03010201 RDM 936276	TUBOLAZIONE INTEGRATA AFFLUSSO/EFFLUSSO CROSSFLOW
10	1267162	0375542000	CND K030204 RDM 1399540	LAMA RESECTOR 4.00MM
80	1302682	0375552000	CND Z1202110285 RDM 65503	LAMA RESECTOR 5.0MM
10	1256311	375532000	CND K030204 RDM 1399539	LAMA RESECTOR 3.5MM
10	1604459	375951012	CND K030204 RDM 1399463	LAMA STANDARD 12 FLUTE BARREL 5,5MM
80	1604460	375562000	CND K030204 RDM 1399469	LAMA RESECTOR 5.5MM
10	1604441	380542150	CND K030203 RDM 1399707	LAMA RESECTOR ANGOLATO 4.5MM
10	1604442	375549000	CND K030203 RDM 1399579	LAMA WHISKER 4.0MM

**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 Nuoro che disporrà per l'invio 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 ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a €140.000 (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 ☐

In caso affermativo specificare DITTA Stryker Italia SRL 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: circa € 100.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☒ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐ Annuale nelle more della rinegoziazione della gara regionale CND K

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

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

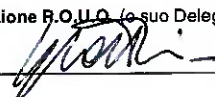
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)  
**ALESSIO ATZORI** Firmato digitalmente da ALESSIO ATZORI  
Data: 2025.06.20 16:36:14 +02'00'

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)  
**CHESSA PAOLA** Firmato digitalmente da CHESSA PAOLA  
Data: 2025.07.04 12:10:22 +02'00'

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

\_\_\_\_\_

Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro  
e p.c.  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
al Dir. ff SC Ortopedia ASL nuoro

loro sedi

**Oggetto: Richiesta coperture per caschi integrali**

Facendo seguito al fabbisogno presentato dalla SC di Ortopedia, si richiede procedura di acquisto per caschi integrali da operatore di proprietà dell'Azienda. I dispositivi non sono compresi in gare o convenzioni attive a livello regionale né inclusi nelle programmazioni acquisti

Importo presunto della fornitura € 35.000,00+ IVA 22%)

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia

**CHESSA**  
**PAOLA**  
digitalmente da  
CHESSA PAOLA  
Data: 2025.07.04  
12:58:09 +02'00'

**COMMISSARIO  
STRAORDINARIO**  
Dott. Angelo Zuccarelli

**DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Pier Paolo Bitti

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**  
Dott. Ssa paola Raspitzu

**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

**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  
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: PIATTAFORMA ORM BLOCCO OPERATORIO SALA ORTOPEDIA  
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. ALESSIO ATZORI

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 (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 ☐

Quant	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
960	1276462	0408800100	CND T0399 RDM 291231	Cappuccio FLYTE Peel-away, Sistema di protezione integrata

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 Nuoro che disporrà per l'invio 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 ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a €140.000 (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 ☐

In caso affermativo specificare **DITTA Stryker Italia SRL** 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: circa € 35.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☒ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐ Annuale nelle more della rinegoziazione della gara regionale T02-03

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)  
**ALESSIO ATZORI**  
Firmato digitalmente da ALESSIO ATZORI  
Data: 2025.06.20 18:07:55 +02'00'

**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)

**ASL Nuoro**  
**OSPEDALI**  
Direzione Medica  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Antonella Tatti

**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)

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**

Il Direttore

Dott.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro