



**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

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
digitalmente da
CHESSA PAOLA
Data: 2025.07.04
12:10:05 +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
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 (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 si 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 AFFLUSO/EFFLUSO 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'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/attrezzi eletromedicali/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 evidensi 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)

CHESSA
PAOLA

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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 ASL 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

**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

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 ne 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'



**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'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/attrezzi eletromedicali/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 €140.000,00 (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 evidenzi 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.P. (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)

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Firma Sezione di maternità e ospedale (o suo Delegato)
Il Direttore
Profa Paolo Chessa

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro