

**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. Chirurgia Generale ASL nuoro

loro sedi

Oggetto: Richiesta protettore-retrattore

Facendo seguito al fabbisogno presentato dalla SC di Chirurgia Generale, si richiede procedura di acquisto per protetori-retrattori. I dispositivi non sono compresi in gare o convenzioni attive a livello regionale ma verranno inclusi nell'istruenda gara centralizzata della CND K in fase di elaborazione del capitolato tecnico da parte del gruppo di progettazione.

Importo presunto della fornitura € 7.000,00+ IVA 22%)

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia

Dott.ssa Paola Chessa

Firmato

CHESSA digitalmente da
PAOLA CHESSA PAOLA
Data: 2025.07.04
13:15:58 +02'00'



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

Oggetto: Richiesta ALEXIS PROTETTORE-RETRATTORE PER LAPAROSCOPIA

Si richiede l'acquisto tramite Area del dispositivo in oggetto in quanto il prodotto aggiudicato nella gara regionale CND K lotto n° 74 e 75 non è più disponibile, allego comunicazione ricevuta dal fabbricante.

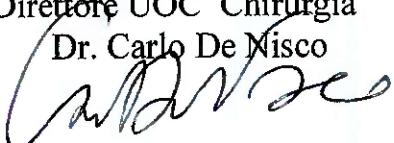
Dispositivo indispensabile per interventi in laparoscopia addominale.

Per quanto di nostra conoscenza tali prodotti sono distribuiti dalla Ditta
APPLIED Medical

Cordiali saluti

Nuoro lì 01/07/2025

Il Direttore UOC Chirurgia
Dr. Carlo De Nisco



Referente per
approvvigionamenti e logistica
Blocco Operatorio HSF Nuoro
Graziella Pintori

Firmato digitalmente da
Graziella Pintori
Data: 2025.07.01 13:30:09
+02'00'

**cMODULO 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 SALA CHIRURGIA ;
 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. CARLO DE NISCO ;

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)
78	1595063	C8501	CND K0199 RDM 1228671	Protettore-retrattore per laparoscopia Alexis misura S
30	1595062	C8502	CND K0199 RDM 1254691	Protettore-retrattore per laparoscopia Alexis misura M

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 ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, 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/attrezature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS,

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ATS, 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

In caso affermativo specificare DITTA APPLIED MEDICAL e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico si no più lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

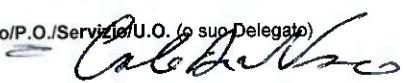
8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 7000

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 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)


ASL NUORO
DIREZIONE OSPEDALIERA
DIRETTORE DELEGATO
CHESSA PAOLA

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

CHESSA
PAOLA

Firmato digitalmente da
CHESSA PAOLA

Data: 2025.07.04 13:16:12
+02'00'

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro
