



Nuoro, _____ prot. n._____

**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

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c.
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
al Dir. SC Chirurgia Vascolare ASL nuoro

loro sedi

Oggetto: Richiesta di endoprotesi per Chirurgia vascolare

Facendo seguito al fabbisogno presentato dalla SC di Chirurgia vascolare, si richiede procedura di acquisto per endoprotesi aortiche con connessioni ai vasi viscelari di morfologia svasata. I medesimi non sono al momento compresi in gare o convenzioni attive a livello regionale ma compresi nella gara per la CND P07, capofila l'ARNAS G Brotzu, al momento al controllo ati della RAS.

Importo presunto della fornitura € 136.000,00+ IVA (4%)

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: 2025.07.03
16:36:30 +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 CHIRURGIA VASCOLARE
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. COSTANTINO LUCA DI ANGELO

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 (economati, 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)
1		BF0522_1	CND P0704020299 RDM 2694113	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.5/8mm lungh. 22 mm
1		BF0527_1	CND P0704020299 RDM 2694163	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.5/8mm lungh. 27 mm
1		BF0537_1	CND P0704020299 RDM 2694164	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.5/8mm lungh. 37 mm
2		BF0622_1	CND P0704020299 RDM 2694167	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.6/8mm lungh. 22 mm
2		BF0627_1	CND P0704020299 RDM 2694168	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.6/8mm lungh. 27 mm
2		BF0637_1	CND P0704020299 RDM 2694171	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.6/8mm lungh. 37 mm
2		BF0722_1	CND P0704020299 RDM 2694174	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.7/10mm lungh. 22 mm
2		BF0727_1	CND P0704020299 RDM 2694175	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.7/10mm lungh. 27 mm
2		BF0737_1	CND P0704020299 RDM 2694178	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.7/10mm lungh. 37 mm
2		BF0827_1	CND P0704020299 RDM 2694182	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.8/10mm lungh. 27 mm
1		BF0837_1	CND P0704020299 RDM 2694184	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.8/10mm lungh. 37 mm
1		BF0927_1	CND P0704020299 RDM 2694187	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.9/11mm lungh. 27 mm
1		BF0937_1	CND P0704020299 RDM 2694192	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.9/11mm lungh. 37 mm
1		BF0522_2	CND P0704020299 RDM 2694194	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.5/8mm lungh. 22 mm
1		BF0527_2	CND P0704020299 RDM 2694196	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.5/8mm lungh. 27 mm

1		BF0537_2	CND P0704020299 RDM 2694200	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.5/8mm lungh. 37 mm
1		BF0622_2	CND P0704020299 RDM 2694205	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.6/8mm lungh. 22 mm
2	1624539	BF0627_2	CND P0704020299 RDM 2694208	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.6/8mm lungh. 27 mm
2		BF0637_2	CND P0704020299 RDM 2694211	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.6/8mm lungh. 37 mm
2		BF0722_2	CND P0704020299 RDM 2694214	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.7/10mm lungh. 22 mm
2	1627925	BF0727_2	CND P0704020299 RDM 2694218	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.7/10mm lungh. 27 mm
2		BF0737_2	CND P0704020299 RDM 2694229	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.7/10mm lungh. 37 mm
2		BF0827_2	CND P0704020299 RDM 2694233	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.8/10mm lungh. 27 mm
1		BF0837_2	CND P0704020299 RDM 2694238	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.8/10mm lungh. 37 mm
2	1627926	BF0927_2	CND P0704020299 RDM 2694241	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.9/11mm lungh. 27 mm
1		BF0937_2	CND P0704020299 RDM 2694243	Endoprotesi vascolare BeFlared Stent Graft System Diam.9/11mm lungh. 37 mm

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 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 € 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

In caso affermativo specificare **DITTA** _ Biovascular Group_____ e relativo COD. PRODOTTO **Si chiede cortesemente la disponibilità di avere un conto visione.**

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ **circa € 136.000,00**

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**

ATS Sardegna - ASL NUORO

Ospedale "San Francesco" Nuoro

Firma del Direttore Dipartimento Farmaceutico Ospedale "San Francesco" Nuoro (o suo Delegato)

Dirigente Medico

Dott. Costantino Luca Di Anselmo

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).

ASL n. 3 di Nuoro
Presidio Ospedaliero
Firma Direttore Presidio (o suo Delegato)

Grazia Gattino

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL_Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento ella richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
CHESSA Firmato digitalmente
PAOLA da CHESSA PAOLA
Data: 2025.07.03
16:36:57 +02'00'

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro
