

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

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro

**DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Annamaria Tomasella

**DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Giuseppe Dessi

**DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murru

**Dipartimento Del Farmaco**

Direttore

Dott.ssa Ninfa Di Cara

**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

loro sedi

**Oggetto:** richiesta sacche urina a circuito chiuso

Considerata la vacanza contrattuale di presidi indispensabili, d'uso comune a numerose UUOO e compresi in protocolli e linee guida validati per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie si presenta richiesta di acquisto a valenza triennale di sacche urina a circuito chiuso come da descrittiva e fabbisogno allegati. Il materiale non è compreso in gare a valenza regionale ne in nuove programmazioni.

Base d'asta € 1,17 + IVA cad

fabbisogno annuo: € 11.700,00 + IVA

fabbisogno triennale richiesto: n°30.000 pezzi per € 35.100,00 + IVA

Possibili fornitori:

- Clinilab
- Farmac Zabban
- Medical spa Sassari

Importo presunto della fornitura: € 24.000,00 + IVA 22%

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

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :  
PG/2022/79636 del 28/11/2022 ore 06,28  
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...  
Dest.: ASL NUORO DIREZIONE GENERALE  
Class.: 1. Fasc : 48 del 2022



**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**

**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: FARMACIA OSPEDALIERA\_;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DRSSA PAOLA CHESSA;

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            noX

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10000			A06030301	Sacca urina sterile a circuito chiuso, con punto prelievo, valvola anti reflusso, rubinetto di scarico, clamp, filtro. Tubo 120cm ca, volume 2000 ml ca

**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            no x

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ 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: 1,17 cad + IVA 22% complessivi € 11,700,00 + IVA 22% 1 ANNUO 

9) FABBISOGNO: MENSILE            SEMESTRALE            ~~ANNUALE X~~            PLURIENNALE X            OCCASIONALE

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

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

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
 Dipartimento di Farmacia Ospedaliera  
 Servizio di Farmacia Ospedaliera  
 Il Direttore  
 Dr.ssa Paola Chessa

Firma del Direttore Dipartimento di Farmacia Ospedaliera (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)

*ASL Sardegna - ASL Nuoro  
 Ospedale "San Francesco" Nuoro  
 Direzione Sanitaria  
 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 ella richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
 Servizio di Farmacia Ospedaliera  
 Il Direttore  
 Dr.ssa Paola Chessa

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_