



Nuoro, 10/05/2023 prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir. Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. SC Anestesia e Rianimazione ASL Nuoro

loro sedi

DG / DS / DA

10/11/05

**DIRETTORE GENERALE**

Dott. Paolo Cannas

**DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Scrafinangelo Ponti

**DIRETTORE**

**AMMINISTRATIVO**

Dott. Francesco Pittalis

**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 dm per monitoraggio emodinamico multiparametrico

Con la presente si richiede l'acquisto di cateteri swan-ganz, sensori per ossimetria e altri device funzionali la monitoraggio emodinamico multiparametrico in continuo mediante monitor Edwards lifescience in dotazione alla SC di Anestesia e Riamizione, quanto sopra nelle more della definizione di nuova procedura di gara centralizzata della CND C, attualmente in fase di elaborazione capitolato da parte del Gruppo tecnico di progettazione nominato in ARES.

Paola Chessa  
PARLIAMONE

Importo presunto semestrale della fornitura per la ASL Nuoro: € 30.000,00 ca + IVA 22%

Possibili fornitori:

- EDWARDS LIFESCIENCE
- EUROMED SARDEGNA

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

**CHESSA  
PAOLA**

Firmato digitalmente da  
CHESSA PAOLA  
Data: 2023.05.10  
16:41:08 +02'00'

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Via Mannironi 08100 Nuoro

Tel. 0784 240215

farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

**+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**  
**All' Ufficio Giuridico Amministrativo**  
**Alla c. a. del Direttore Servizio Farmacia HSF Nuoro**  
**Loro sedi**

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: **RIANIMAZIONE/ANESTESIA**

ASL3 - Nuoro  
 Dipartimento 202B.16.46-73 PREZIOSINO,1493

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

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| 3         |              |           | CND: C019004       | Swan-ganz mod.774F75   |
| 60        |              |           | CND: C019004       | Cuffie dito Clearlight :small, medium, large   |
| 60        |              |           | CND: C900301       | Sensore per ossimetria tessutale foresight small, medium, large                                      |
| 50        |              |           | CND: C019004       | Sensore Flotrac mod: MHD6AZR   |
| 40        |              |           | CND:C019004        | Sensori Acumen AIQS6R  |
|           |              |           |                    |  |
|           |              |           |                    |  |
|           |              |           |                    |  |

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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 ASSSL Nuoro che disporrà per l'invio 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/attrezzature 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) €39.000 +IVA22%**

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 Edwards SPA relativo COD.PRODOTTO50000101 5000 SCD

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

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI : Terapia prevenzione della malattia tromb-**  
 8) **embolica**


8) COSTO PRESUNTO: 30,000 Euro

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

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

Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O./ (o suo Delegato)

 **ASL Nuoro del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora**  
**è Data in essere la richiesta (da integrare/completare), provvederemo**  
**pletamento al 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)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro