

Nuoro, 27/04/2023 prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. FF SAFT ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo 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 sacche urina

Con la presente si richiede l'acquisto di sacche per urina di varia tipologia e volume nelle more della definizione di nuova procedura di gara centralizzata della CND A06.

Importo presunto annuo della fornitura per la ASL Nuoro: € 26.000,00 ca + IVA 22%

Possibili fornitori:

- HOLLISTER
- CLINILAB
- FARMAC ZABBAN
- SECURMED

distinti saluti

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

**CHESSA
PAOLA**

Firmato digitalmente
da CHESSA PAOLA
Data: 2023.04.27
16:55:54 +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**

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: DR. SSA 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 no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
48000	1230380	9431-200	A060301	Sacca <u>da letto</u> per la raccolta dell'urina a circuito chiuso, <u>non sterile</u> , priva di lattice e DEHP, trasparente, in PVC atossico di grado medicale, con inchiostri e coloranti atossici biocompatibili per il corpo, di <u>capacità 2000ml</u> , con doppia saldatura di rinforzo su tutti i lati, munita di scala graduata di precisione, valvola antireflusso, punto di prelievo senza ago, occhioletto fermatubo di scarico, reggisacca incorporato e supporto integrato, <u>dotata di rubinetto di scarico</u> , stringitubo, filtro aria, raccordo di connessione universale e tubo di connessione LUNGHEZZA NON INFERIORE A 130CM
3000	1362641	2701060103	A06030301	Sacche per urina in PVC e DEHP FREE, priva di lattice, <u>sterili</u> , doppia saldatura dei bordi, senza rubinetto di scarico, CON VALVOLA ANTIREFLUSSO con tubo di raccordo 90/130cm capacità 2000ml graduata ogni 100 ml. Monouso
2400	1363411	481101S	A06030301	Sacca per la raccolta dell'urina, monouso sterile a circuito chiuso priva di lattice e DEHP, trasparente, in PVC atossico di grado medicale, di <u>capacità 4000ml</u> , con saldatura adeguatamente rinforzata su tutti i lati, priva di angoli per il completo svuotamento, munita di scala graduata di precisione, valvola antireflusso, valvola di prelievo con siringa s. ago, gocciolatoio antibatterico con microfiltro e valvola antireflusso con pompetta di aspirazione. Laccetti reggisacca incorporati e supporto integrato, dotata di rubinetto di scarico a flusso libero ripiegabile e posizionabile nell'apposito alloggiamento di plastica, munita di due clamp stringitubo al di sotto e al di sopra della pompetta. Clamp fermalenzuolo, filtro aria, raccordo di connessione universale e tubo di connessione antingocciamento, cm 120 ca(+/-10%).
250	855177	10101151A000	A06030301	Sacchetto adesivo monouso sterile, privo di lattice e DEHP in idoneo e adeguato polimero plastico di grado medicale, con adeguato orifizio per il campionamento dell'urina nei neonati e bambini, in <u>versione unisex</u> , trasparente e resistente, morbido, confortevole al tatto, dotato di area adesiva anatomicamente conformata in grado di assicurarne il corretto posizionamento

				evitando le perdite di urina o contaminazione. Saldatura di ottima tenuta. La componente della sostanza adesiva deve essere innocua, ipoallergenica e atraumatica nell'applicazione, nella rimozione e durante la permanenza. Capacità tra 100ml e 200ml ca (+-10%).
--	--	--	--	--

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 X

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: IMPORTO CA € 26.000,00 + IVA 22%

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE X OCCASIONALE

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. San Francesco di Nuoro (o suo Delegato)

ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera

Il Direttore

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)

[Handwritten Signature]

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
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Dr.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
