

Nuoro, 19/04/2024 prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir. Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. Ff SC Neurochirurgia 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

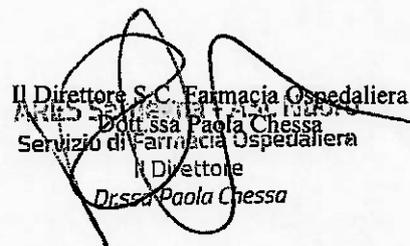
Farmacia Ospedaliera  
P.O.U. "S.Camillo" Sorgono  
Tel. 0784623328

Oggetto: richiesta materiale per craniotomia

Visto il fabbisogno della SC di Neurochirurgia per vari dispositivi necessari alla gestione di urgenze neurochirurgiche ovvero craniotomie di varia natura, nelle more di procedura di gara centralizzata per la CND N di cui si attende revisione da parte della Ingegneria clinica ARES della componente di capitolato in merito alle apparecchiature, si presenta richiesta di acquisto L'importo della fornitura annua, tempi tecnici per la conclusione della procedura di gara, è stimabile in €135.000,00 ca + IVA 22%.

Ultimo fornitore ex contratti ponte ditta Strycker

Distinti saluti

  
Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera  
ARES - Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Paola Chessa  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
Dr.ssa Paola Chessa

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

**Oggetto: Richiesta di dispositivi urgentissimi per la sala di Neurochirurgia**

Considerata l'indisponibilità a procedere al rinnovo di contratto, con la Ditta Stryker Italia Srl per i dispositivi necessari a gestire l'urgenza-emergenza Neurochirurgica, manifestato dalla D.ssa Alessandra De Virgilis in occasione di un incontro in videoconferenza il giorno 12/04/2024, si chiede che gli stessi vengano acquisiti tramite il provveditorato di Area nelle more dell'aggiudicazione della gara regionale in fase di progettazione.

Cordiali saluti

Nuoro li 16/04/2024

Dr. MAURIZIO PAULIS  
U.O.C. NEUROCHIRURGIA  
P.O. SAN FRANCESCO NUORO  
Responsabile

Il Direttore U.O. Neurochirurgia  
Dr. Maurizio Paulis

Referente per approvvigionamenti e logistica  
Blocco Operatorio HSF Nuoro  
Graziella Fabbri

**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 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: BLOCCO OPERATORIO SALA NEUROCHIRURGIA  
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. MAURIZIO PAULIS

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 (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

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
				Vedi File allegato

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/attrezzature 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 Stryker italia Srl. e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico si  no  o lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: circa € 135.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE  IN ATTESA DI

ESPLETTAMENTO GARA REGIONALE NEUROCHIRURGIA

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): Elenco prodotti con prezzi da contratto precedente Richiesta motivata

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)  
 U.O.C. MEDICINA  
 P.O. SAN FRANCESCO NUORO  
 Res. San Francesco  
 DIRETTORATO CURE CHIRURGICHE  
 Ospedale San Francesco  
 Assl Nuoro  
 Direttore: Dot. Antonio Onorato Succu

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).

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

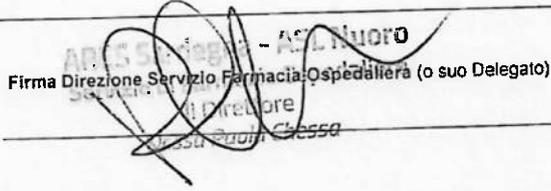
Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

  
**ASL Nuoro**  
**OSPEDALI**  
 Direzione Medica  
 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 della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

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

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

  
 DIREZIONE SERVIZIO FARMACIA OSPEDALIERA  
 ASL NUORO  
 Dott.ssa Antonella Tatti

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

\_\_\_\_\_