

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (IVA esclusa)

ASL3 NUORO
PG/2024/8344 del 11/03/2024 ore 15:41
Mitt.: Dipartimento Area Medica

Dest.: ASL NUORO SERVIZIO PROVVEDITORATO
Class.: 5. Fasc.: 6 del 2024

Alla Direzione P.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: SC PNEUMOLOGIA
2) DIRETTORE DOTT.SSA MARIA CRISTINA

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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10				APPARECCHI AEROSOL TERAPIA

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 €140.000 (IVA esclusa)

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

- 5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, Art. 76, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 36/2023 sì no

In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

- 6) Richiesta per lotto unico sì no ; più lotti sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

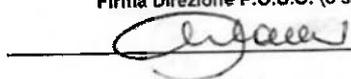
11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

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





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 3 Nuoro

Azienda Sanitaria di Nuoro
Presidio Ospedaliero "C.Zonchello"
SC Pneumologia
Direttore: Dott.ssa Maria Cristina Monni

Relazione acquisto dispositivi

Nella UO che coordino sono mediamente ricoverati 24 pazienti, con occupazione posto letto del 98%. L'età media dei pazienti uomini è intorno ai 70 anni, mentre l'età media delle donne è intorno ai 75 anni. La maggioranza dei pazienti ricoverati sono in condizione di fragilità, dovuta all'età, alla poli-patologia e poli-farmacologia.

Le patologie pneumologiche più diffuse e che determinano il ricovero presso la nostra struttura sono: l'insufficienza respiratoria, polmoniti, le bronco polmoniti su base infettiva virale o batteriologica, BPCO riacutizzata, malattie infiammatorie e neoplastiche, asma bronchiale, la tubercolosi, versamento pleurico, malattie interstiziali del polmone, fibrosi polmonari e la sindrome delle apnee ostruttive del sonno.

Il paziente ricoverato in pneumologia richiede un'elevata e costante assistenza infermieristica. E' frequente assistere pazienti in NIV (ventilazione non invasiva), questi tipi di pazienti richiedono un monitoraggio costante dei parametri vitali, quali: PA, FC, FR, TC e la SPO2. L'uso di dispositivi elettronici, come apparecchi per la rilevazione della PA, della FC, della SOP2 e della TC determinerebbe una più accurata registrazione dei parametri riducendo i tempi e di conseguenza rilevando tempestivamente l'alterazione degli stessi.

I pazienti affetti da patologie pneumologiche richiedono la somministrazione di farmaci per via inalatoria come, i cortisonici e broncodilatatori che hanno lo scopo di facilitare l'eliminazione dei secreti bronchiali. In questo caso è necessario l'uso di apparecchiature per aerosol terapia. Attualmente questa procedura è eseguita tramite l'uso delle bombole di O2 C31 ad alti flussi per favorire la nebulizzazione dei farmaci per via inalatoria. Questa metodica non garantisce una adeguata compliance terapeutica oltre ed un consumo inappropriato di ossigeno.

Per quanto esposto è necessario aver a disposizione un numero congruo di apparecchi elettronici per la rilevazione della pressione arteriosa (PA), pulsossimetri per la rilevazione della frequenza cardiaca (FC) e per la rilevazione della saturazione periferica di ossigeno (SPO2), termometri ad infrarossi per la rilevazione della temperatura corporea.

Gli apparecchi per aerosol terapia garantirebbero una miglior somministrazione dei farmaci inalatori, miglioramento della compliance terapeutica e riduzione dei costi legati all'uso dell'ossigeno.

Si ringrazia per la cortese attenzione

Nuoro 07/03/2024

Dott. Andrea Pes
IFO SC Pneumologia

Firmato
digitalmente da

ANDREA PES

CN = PES
ANDREA
C = 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)

ASL3 NUORO
PG/2024/9871 del 25/03/2024 ore 11:18
Mitt. Dipartimento Area Chirurgica

Dest. ASL NUORO SERVIZIO PROVVEDITORATO
Class. 5 Fasc. 1 del 2024

Al Direttore Generale ASL Nuoro
Al Direttore Amministrativo ASL Nuoro
Al Direttore S.C. Provveditorato ASL Nuoro



Oggetto: Richiesta d'acquisto
N.B.: ai fini della privacy (dall sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: **Otorino-Maxillo**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **Corrado Bozzo**

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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
N. 6				Apparecchio Aerosol

Al 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'invio 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 sì no

In caso affermativo specificare _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO:

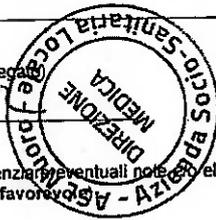
11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy):

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



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 3 Nuoro
