

Nuoro, 12/08/2024\_prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir. Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. SC Chirurgia Vascolare 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 endoprotesi addominali autoespandibili con branch

Vista la richiesta della SC di Chirurgia Vascolare per l'acquisto di endoprotesi addominali nella tipologia del corpo principale con estensioni con relativi palloni correlabili con branch iliaco, nelle more di procedura di gara centralizzata per varie protesi, patch e colle (CNDP07 e P90) per la quale è stato regolarmente trasmesso fabbisogno all'Azienda capofila ARNAS G. Brotzu in data 12/12/2023, si chiede acquisto di un quantitativo utile a garantire l'assistenza per il periodo necessario al recepimento delle risultanze della gara suddetta.

L'importo della fornitura è stimabile in € 137.840,00 + IVA 4%.

Ultimo fornitore ditta PRODIFARM

Distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera

~~Dr.ssa Paola Chessa~~

~~REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA - ASL NUORO~~

~~Servizio di Farmacia Ospedaliera~~

~~Il Direttore~~

~~Dr.ssa Paola Chessa~~

**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:** CHIRURGIA VASCOLARE;

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** Dott. Costantino Luca Di Angelo;

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 X    no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
7	1396585	Modello CXTE (VARIE MISURE)	P07040199	Aortic - Endovascular conformable - Tronco principale
4	1196965	Modello CEB (VARIE MISURE)	P07040199	Endoprotesi addominale autoespandibile, in E-PTFE Componente con Branch Iliaco
4	1196966	Modello HGB (VARIE MISURE)	P07040199	Endoprotesi addominale autoespandibile, in E-PTFE Componente per iliaca interna
50	1272167	Modello DSF (VARIE MISURE)	C0502	Introduttori DrySeal Flex con rivestimento idrofilico
5	1385360	MOB 37	C010402020101	Pallone compliant e occlusivo
2		Modello CXA (VARIE MISURE)	P07040199	Aortic - Endovascular conformable - Estensione aortica

**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, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016  si  no x

In caso affermativo specificare DITTA PRODIFARM 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: Euro 137.840 + IVA

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): \_\_\_\_\_

**ASL Sardegna - ASL Nuoro**  
Firma del Direttore Ospedale/RS Servizio U.O. (o suo Delegato)  
**U.O. Chirurgia Vascolare**  
Dirigente Medico  
**Dott. Costantino Baccin**

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Ospedale/RS Servizio U.O. (o suo Delegato) 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)

---

---

---

---

---

**ASL Nuoro**  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
**Dott.ssa Paola Chessa**

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---

---