

Oggetto: !: acquisto flussimetri Unità Operativa Cardiologia
Mittente: "STEFANIA CABIDDU" <stefania.cabiddu@atssardegna.it>
Data: 12/01/2021, 12:57
A: <dir.asslnuoro@atssardegna.it>

Si chiede l'autorizzazione a procedere

Cordiali Saluti.
Stefania Cabiddu

--

Dott.ssa Stefania Cabiddu
Collaboratore Amministrativo
ATS Sardegna Azienda Tutela Salute ASSL di Nuoro
Servizio Giuridico - Amministrativo ASSL di Nuoro
Tel.: 0784 240974
e-mail: stefania.cabiddu@atssardegna.it

-----Messaggio originale-----

Da: francesco.pittalis@atssardegna.it [mailto:francesco.pittalis@atssardegna.it]
Inviato: martedì 12 gennaio 2021 06:54
A: rosamaria.tanda@atssardegna.it; Stefania Cabiddu <stefania.cabiddu@atssardegna.it>
Oggetto: Fwd: acquisto flussimetri Unità Operativa Cardiologia

Buongiorno,
per l'opportuna e urgente istruttoria, vi trasmetto la richiesta di acquisto della U.O.
di CARDIOLOGIA.
SALUTI
FRANCESCO

----- Messaggio originale -----

Oggetto: acquisto flussimetri Unità Operativa Cardiologia
Data: 2021-01-11 17:03
Mittente: Francesca Manca <francesca.manca@atssardegna.it>
Destinatario: francesco.pittalis@atssardegna.it

Buonasera dott.Pittalis,

allego alla presente copia della richiesta dei flussimetri per erogazione
dell'ossigeno, con preghiera di evadere in tempi ristretti quest'acquisto.

ad oggi non ho avuto nessun riscontro relativo a detta richiesta e mi preme sottolineare
che la stessa col passare del tempo, riveste sempre più, carattere d'urgenza dal momento
che anche i flussimetri superstiti stanno andando in fuori uso.

La ringrazio per l'attenzione e confidando in un Suo sollecito riscontro, porgo cordiali
saluti.

Francesca Manca

—16103715004631077775811552471117.jpg—

8.01.2021

 **ATSSardegna**
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro
IL DIRETTORE
Grazia Cattina

MODULO RICHIESTA ACQUISTO**BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA****NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)**

(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

 ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
 NP 2020/43606 del 20/10/2020 ore 13.19
 Mitt: ASSL Nuoro Cardiologia Utic
 Ass: SC Servizio Giuridico Amministrat
 Classe: 1


Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro

 Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero
 AL DIRETTORE SC
 GIURIDICO AMMINISTRATIVO
OGGETTO: Richiesta d'acquisto.

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: CARDIOLOGIA2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. GAVINO CASU

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 (economali, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:

4) Trattasi di richiesta d'acquisto tipologia BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015: sì / no:

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Reper- torio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
21			FLUSSIMETRI AD INNESTO UNI

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 ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'invio alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per i 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 DI RILEVANZA ATS il bene/dispositivo/apparecchiatura, etc, richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000,00 (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 DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

- 6) Richiesta per lotto unico sì no ; più lotti sì no
7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

erogazione di ossigeno letto letto del paziente

8) COSTO PRESUNTO : SCONOSCIUTO

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

Dott. GAVINO CASU
MEDICO CHIRURGO

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

Specialista Medicina Interna

Direttore Cardiologia

Ospedale San Francesco - Nuoro

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).

ATSSardegna - ASL Nuoro

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

Presidio Ospedaliero Unico
Direttore

Dott.ssa Giovanna Gregu

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



Al Direttore del Presidio Ospedaliero
Dott.ssa Giovanna Gregu

Al Servizio Acquisti
Sig.ra Giuseppina Bartolozzi

OGGETTO: ACQUISTO FLUSSIMETRI

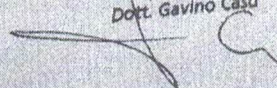
Si chiede l'acquisto di n. 21 (ventuno) flussimetri da innestare nelle testate letto in sostituzione di quelli in dotazione obsoleti, inaffidabili e privi di sicurezza, alcuni, completamente fuori uso.

I flussimetri (erogatori d'ossigeno) dotati di valvola di regolazione ad area variabile devono avere un innesto UNI. Quelli della precedente fornitura erano della Sapio Life con CODE: FLSM05SG.

Cordialmente,

Nuoro 13/10/20

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Cardiologia
Direttore
Dott. Gavino Casu



www.atsardegna.it

www.asslnuoro.it

Direzione Presidio San Francesco
Via Mannironi 08100 NUORO
Tel. 0784 240225 - fax 0784/240225
segreteria@hsf@asslnuoro.it
hsf.pcsanfrancesco@asslnuoro.it

Allegati:

16103715004631077775811552471117.jpg	3,5 MB
16103715341795133408041689977570.jpg	3,5 MB
16103715596901346553641600273114.jpg	2,3 MB



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

NP/2021/36739
del 23/09/2021

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

LI _____ prot. n° NP/ _____ del _____

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 ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: Pronto Soccorso

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. Salvatore Carras

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 d'acquisto tipologia BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015: si ☐ no ☐

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Reper- torio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
4			Flussimetro O ₂ - Alisco UN19507

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 ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per i 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 DI RILEVANZA ATS il bene/dispositivo/apparecchiatura, etc. richiesto deve avere un costo presunto di IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000,00 (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 _____ 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

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

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

ATS Sardegna - ASL Nuoro
P.O. "San Camillo" - Sorgono
U.O. di Pronto Soccorso
Firma del Direttore Dipartimento P.O. Servizi/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)

CATTINA
GRAZIA

Firmato digitalmente da CATTINA
GRAZIA
Data: 2021.09.23 18:40:01 +02'00'

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

CHERCHI
GESUINA

Firmato digitalmente
da CHERCHI GESUINA
Data: 2021.10.18
17:01:48 +02'00'