

Nuoro, 14/04/2023 prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo 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 acquisto reagenti per Analizzatore SKYLAB 752

Al fine di poter utilizzare lo strumento fornito dalla ditta DASIT in esecuzione alla delibera 515 del 26/10/2022 che ne garantisce il noleggio per 24 mesi e vista la richiesta del Direttore del Laboratorio Analisi del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per i reagenti complementari allo strumento SKYLAB (analizzatore ELISA) utile alla determinazione immunometrica di marcatori antitumorali e altre sindromi rare (metodica già in uso presso Questa Azienda).

Si allega la richiesta del Dir. Del Laboratorio con dettagliato elenco quali quantitativo dei reagenti programmati.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia  
Dott.ssa Paola Chessa  
ARES Sardegna - ASL Nuoro  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Direttore  
*Paola Chessa*

NON ESISTE POU

Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Via Mannironi 08100 Nuoro  
Tel. 0784 240215  
farmacia.hsfnuoro@are Sardegna.it

ASL3 - Nuoro  
Data: 2023-04-17 17:40:22.0; NP/2023/1269



**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: s.c. Medicina di Laboratorio

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: \_Dott. Maria Cristina Garau

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

QUANTITA	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1				
			Vedi allegato	
				(Fornitura in un pezzo il laboratorio di Nuoro - idrogel immunoistochimici di marcatori tumorali ed altre indagini rare)

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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 servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS.

Xb) 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 DASIT e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico Xsi no ; più lotti si no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI DEVONO ESSERE IN UN UNICUM CONSUMABILI E REAGENTI

8) COSTO PRESUNTO: 25.000 euro anno

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

ATSSardegna - ASSL Nuoro  
Firma del Direttore Dipartimento/P.O. Servizio U.O. (o suo Delegato)  
Ospedale San Francesco Nuoro  
Servizio di Laboratorio Analisi  
Direttore  
Dott.ssa Maria Cristina Garau



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 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: 2023.03.16 16:31:31 +01'00'

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

---

---

---

---

**ARES Sardegna - ASSL Nuoro**  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
Dessa Paola Cressa

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro



TABELLA RIEPILOGATIVA DEI REAGENTI NECESSARI ALL'UTILIZZO DELLO STRUMENTO SKYLAB

	CONFEZIONI /ANNO
17OH Progesterone	10
Aldosterone	5
IA2	10
Glutamic Acid Decarboxilase (ACHR)	10
Ab anti BP230	3
Ab anti BP180	3
Ab anti Desmogleina 3	3
Ab anti Desmogleina 1	3
Ormone anti-mulleriano	5
Cyfra 21	12
Cromogranina	3
anti Insulina	4
ab antiacetilcolina	6

