

Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir. Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Dir. Laboratorio Analisi

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 pannelli FilmArray per la determinazione diagnostica di Meningiti ed Encefaliti

Vista la richiesta del Direttore del Laboratorio Analisi del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, e valutata nel dettaglio la medesima, si richiede una procedura d'acquisto per i *pannelli multiplex* descritti nel dettaglio allegato. La tecnologia PCR per la diagnosi rapida di Meningite ed Encefalite è in grado di testare su CSF contestualmente i 14 principali patogeni responsabili di infezioni meningitiche ed encefalitiche, producendo nel tempo di un'ora una diagnosi certa necessaria per definire la migliore terapia possibile.

Per completezza si segnala che nella richiesta allegata è richiesto in noleggio anche lo strumento comprensivo di stampante e carta dedicata che rimandiamo agli altri servizi per quanto di competenza

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia  
Dott.ssa Paola Chessa  
Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Paola Chessa

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**
**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**
**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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 LABORATORIO ANALISI \_\_\_\_\_;**
**2) DIRETTORE \_\_\_\_\_ DOTT.SSA 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 ARES/ASI 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            no**

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
6 confezioni /180 test				Multiplex PCR per meningiti ed encefaliti di origine virale e/o batterica (inclusa ricerca Enterovirus e Cytomegalovirus)
6 confezioni /180 test				Multiplex PCR per Setticemie/Sepsi di origine batterica (Gram +; Gram -) e fungina con antibiotico resistenza in un unico saggio
8 confezioni /240 test				Multiplex PCR per Infezioni acute del tratto respiratorio inferiore: analisi semi-quantitativa ed identificazione dei principali meccanismi di resistenza batterica
2 confezioni / 60 test				Multiplex PCR per Infezioni acute batteriche e virali del tratto respiratorio superiore con tempo di esecuzione inferiore ad un ora
2 confezioni /60 test				Multiplex PCR per Patologie gastroenteriche acute con identificazione di batteri, parassiti e virus
1 confezione /30 test				Multiplex PCR per infezioni osteoarticolari e atri settiche con identificazione di batteri e virus con antibiotico resistenza in un unico saggio
				Toner per Stampante HP M404DN
				Importo reagenti e materiali di consumo
				Canone di noleggio annuo

				(compreso di assistenza full-risk): anni
				costo totale fornitura 138,760,00

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'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 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      X 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)

GRAMCR57142E281  
X/620095000547400  
3.0mmoBCgWrvs5P  
2oLIFgeMequxKM=

Firmato digitalmente da  
GRAMCR57142E281X/620095  
0005474003.0mmoBCgWrvs5  
P2oLIFgeMequxKM=  
Data: 2024.02.14 16:19:47  
+01'00'

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 Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

---

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---