

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

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro  
e p.c.  
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 di programmazione reagenti Imusyn DaraEx Plus

Vista la programmazione ricevuta dal Direttore di Immunoematologia e Centro Trasfusionale, si richiede una procedura d'acquisto per il seguente reagente necessario all'esecuzione delle determinazioni diagnostiche per l'analisi degli anticorpi anti-CD38:

**Prodotto richiesto:**

- Nome prodotto:** DaraEx Plus
- Produttore:** Imusyn GmbH & Co.KG
- Scopo d'uso:** Inibizione dell'effetto di agglutinazione degli anticorpi anti-CD38 (Daratumumab, Isatuximab e Felzartamab) nel test indiretto della globulina umana (IAT)
- Quantità richiesta:** 20 confezioni (annuali)
- Conservazione:** Tra 2°C e 8°C
- Specifiche:** Concentrazione proteica  $\geq 5$  mg/ml, conservato con 0,1% ProClin® 300
- Confezione:** 30 test per unità di imballaggio

**Motivazione della richiesta:** Il prodotto DaraEx Plus è essenziale per garantire l'accuratezza delle analisi immunoematologiche, in particolare per la neutralizzazione degli anticorpi anti-CD38 che interferiscono con il crossmatch e la ricerca di anticorpi nello IAT, prevenendo reazioni falsamente positive. Non si dispone di contratti centralizzati o convenzioni attive.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Nuoro  
Dott.ssa Paola Chessa  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
Dott.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)**

**ASL3 NUORO**

PG/2024/16639 del 24/05/2024 ore 10:17

Mitt.: Immunoematologia e Centro Trasfus...

Ass.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...

Class.: 5.

**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro  
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**



**Oggetto: Richiesta di noleggio/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:** Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale \_\_\_\_\_;
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_ dott. Pierpaolo Bitti \_\_\_\_\_;
- 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 no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
20 confezioni da 30 test		004 020 004	W01	Reattivo neutralizzante Ab anti-CD38, necessario per eseguire le prove di compatibilità pre trasfusionali nei pazienti con mieloma in trattamento con anti-CD38 (farmaco di prima linea)

**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 € 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 IMUSYN e relativo COD. PRODOTTO Dara EX Plus codice: 004 02 004

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI apparecchiatura già in possesso

8) COSTO PRESUNTO: 600 euro a confezione

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

**ATS Sardegna - ASL Nuoro**  
Firma del Direttore, Dipartimento di **Servizio di Immunematologia e Medicina Trasmittoriale** (o suo Delegato)  
**Dirigente Medico**  
*Dr. Antonella Tatti*  
**Dott.ssa Adriana Ibba**

**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)

**ASL Nuoro**  
**OSPEDALI**  
**Direzione Medica**  
**Dirigente Medico**  
*Dr.ssa Antonella Tatti*

**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)

**Servizio di Farmacia Ospedaliera**  
**Dirigente**  
*Dr.ssa Paola Ghessa*

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---