

Nuoro, / /2024_prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. Al Resp. SC Laboratorio Analisi ASL Nuoro
e p.c. Alla Drssa Sara Sanna 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 autoimmunità

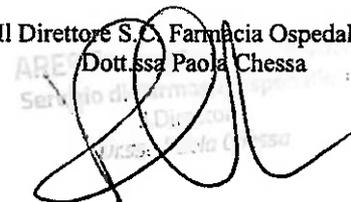
Vista la richiesta del Direttore del Laboratorio Analisi del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente insieme alla già inviata proposta di processatore vetrini, si richiede l'attivazione di una procedura d'acquisto per i relativi reagenti. I test richiesti sono compresi in programmazione d'acquisto biennale ARES di cui si resta in attesa di definizione iter.

Importo fornitura annuale: € 58.452,00 ca + IVA

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il 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 € 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: U.O. Medicina del Laboratorio

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. M. 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)
				<u>Vedi allegato detto lista (fornitura strutturata ripetitiva SW)</u>

Al 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 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 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 _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Vedi allegato

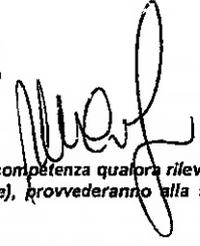
8) COSTO PRESUNTO: 58.452,00

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): _____

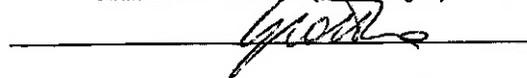
ATSSardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Servizio di Laboratorio Analisi
Direttore
Dott.ssa Maria Cristina Garau



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 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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL Nuoro



EUROIMMUN Italia Srl con Socio Unico
Corso Stati Uniti, 4 - sc. F - 35127 Padova - Italia
Tel +39 049 7800178 - Fax +39 049 7808103
C. F. e P. IVA 03680250283 - Iscriz. C.C.I.A.A. n° 328638
Capitale sociale: EURO 90.000,00 i.v.

MD 7201 REV. 2

Documento	Numero	Data	Pagina
Preventivo	MCO/MB/LAI/777	18/12/2023	1 / 3
Vs Numero Riferimento	Dal		
Accordi Intercorsi	23/11/2023		

Spett.le
ASL NUORO
LAB. ANALISI P.O. S. FRANCESCO
VIA DEMURTAS, 1
08100 NUORO NU Italia

OGGETTO: offerta valida fino al 30/11/2024 - AD ANNULLAMENTO E SOSTITUZIONE DELLA PRECEDENTE INVIATA

C.A.: DR.SSA MARIA CRISTINA GARAU mariacristina.garau@aslnuoro.it

Ad annullamento e sostituzione della precedente offerta inviata, EUROIMMUN Italia S.r.l con Socio Unico Vi propone di seguito le proprie migliori quotazioni per l'eventuale acquisto del seguente materiale:

Codice Articolo	Descrizione	nr. Conf. Offerte	Test x conf.	Prezzo listino x conf.	Sc.1%	Sc.2%	Sc.3%	Prezzo netto x conf.	Prezzo netto x Test	Importo Totale	Iva %
FA 1520-2010	REAGENTI Nuclei cellulari (ANA) CND W010206104 EDMA 12100101 RDM 2146850	7	200					498,00	2,49000	3.486,00	22
FA 1522-2010	Nuclei cellulari (ANA) CND W010206104 EDMA 12100101 RDM 2147810	6	200					498,00	2,49000	2.988,00	22
FA 1800-2010-2	"Mosaic Basic Profile 2" CND W0102109099 EDMA 12109090 RDM 2147471	12	200					1.086,00	5,43000	13.032,00	22
FA 1914-2010 A	Endomisio Reticolina IgA CND W0102100603	7	200					828,00	4,14000	5.796,00	22
FA 1914-1010 G	Endomisio (IgG) CND W0102100603	13	100					456,00	4,56000	5.928,00	22
	TOTALE REAGENTI: € 31.230,00=										
AF 101-0540-R	CONSUMABILI AD USO REAGENTI FITC-CONIUGATO ANTI IgA (5 x 4 ml) CND W01029001	1	20					665,00	33,25000	665,00	22
AF 102-0540-R	FITC-CONIUGATO ANTI IgG (5 x 4 ml) CND W01029001	1	20					665,00	33,25000	665,00	22
CA 1570-0502	Ac anti-nucleo cell., pattern (5 x 0,25 ml) CND W0102152011	1	1,25					98,00	78,40000	98,00	22
CA 1910-0502 A	Anticorpi anti-endomisio IgA (5 x 0,25 ml) CND W0102152011	1	1,25					98,00	78,40000	98,00	22
CA 1910-0502 G	Anticorpi anti-endomisio IgG (5 x 0,25 ml) CND W0102152011	1	1,25					98,00	78,40000	98,00	22
CA 1622-0502	Ac anti-mitocondri (5 x 0,25 ml) CND W0102152011	1	1,25					98,00	78,40000	98,00	22
	TOTALE CONSUMABILI AD USO REAGENTI: € 1.722,00=										
ZZ 9999-0110-R	PRODOTTO OFFERTO IN SCONTO MERCE SENZA ONERI AGGIUNTIVI: SUPPORTI 10 POZZETTI CND W05039080	1	1								

Note

Condizioni di Fornitura

Pagamento	
Modalità di consegna	
Consegna	
Validità ns. offerta	Minimo d'ordine fatturabile
Termine periodo fornitura	

Totale Annuo Documento esclusa IVA

EUROIMMUN

Italia
Diagnostica Medica
S.r.l.



EUROIMMUN Italia Srl con Socio Unico
Corso Stati Uniti, 4 -sc. F - 35127 Padova - Italia
Tel. +39 049 7800178 - Fax +39 049 7808103
C. F. e P. IVA 03680250283 - Iscritt. C.C.I.A.A. n° 328838
Capitale sociale: EURO 90.000,00 i.v.

MD 7201 REV. 2

Documento	Numero	Data	Pagina
Preventivo	MCO/MB/LAI/777	18/12/2023	2 / 3
Vs. Numero Riferimento	Del		
Accordi interscambi	23/11/2023		

Spett.le
ASL NUORO
LAB. ANALISI P.O. S. FRANCESCO
VIA DEMURTAS, 1
08100 NUORO NU Italia

C.A.: DR.SSA MARIA CRISTINA GARAU mariacristina.garau@aslnuoro.it

Codice Articolo	Descrizione	nr. Conf. Offerte	Test x conf.	Prezzo listino x conf.	Sc.1%	Sc.2%	Sc.3%	Prezzo netto x conf.	Prezzo netto x Test	Importo Totale	Iva %
ZF 1110-1002-R	Tween (10 flaconi da 2 ml) CND W01029003	1	20								
ZF 1100-1001-R	Sali PBS, pH 7.2 (10 x 1) CND W01029003	1	10								
=====											
YG 0032-0101	PROPOSTA STRUMENTALE: IF SPRINTER IFT incl. basic equipm.-without accessories CND W02039004	1									
ACC. IF SPRINTER	ACCESSORIES FOR IF SPRINTER IFT - IFT/ELISA	1	1								
YG 0925-0101-4	IF SPRINTER PC XE4 incl. mouse and keyboard	1									
YG 0911-0101-5	MONITOR P2222H	1									
YG 0921-0101	PRINTER	1									
YG 0932-0101	LOUDSPEAKERS	1	1								
YG 0943-0101-1	UPS TX1000D (100-300V 50/60Hz)	1	1								
YG 0251-0101-11	EXTERNAL HAND-HELD 2D BARCODE SCANNER 1 PIECE	1	1								
YM 0032-0101	QUOTA NOLEGGIO IF SPRINTER IFT	1						7.000,00		7.000,00	22
YR 0032-0101	QUOTA SAT IF SPRINTER IFT	1						4.500,00		4.500,00	22
CONS_SPRINTER	CONSUMABILI IF SPRINTER										
43001-0117	RIPLATE 96 PS FONDO A U, 300 µl x pozz. CONF. DA 100 PIASTRA DA 96 POZZETTI	1									
43001-0103	RIPLATE RW 96, PP, -2 ml CONF. DA 20 PIASTRE	1									
TONER	TONER X STAMP. (cod. da definire succ.)	1									
CARTA STAMPANTE	CARTA PER STAMPANTE-RISMA DA 500 FG	1	500								
ZG 0009-0505	SETUP CLEAN (SOLUZIONE DI LAVAGGIO)	1									

Note

Condizioni di Fornitura	
Pagamento	
Modalità di consegna	
Consegna	
Validità ns. offerta	Minimo d'ordine fatturabile
Termine periodo fornitura	

Totale Annuo Documento esclusa IVA



EUROIMMUN Italia Srl con Socio Unico
 Corso Stati Uniti, 4 -sc. F - 35127 Padova - Italia
 Tel. +39 049 7800178 - Fax +39 049 7808103
 C. F. e P. IVA 03680250283 - Iscriz. C.C.I.A.A. n° 328638
 Capitale sociale: EURO 90.000,00 i.v.

MD 7201 REV. 2

Documento	Numero	Data	Pagina
Preventivo	MCO/MB/LAI/777	18/12/2023	3 / 3
Vs. Numero Riferimento	Dei		
Accordi interscisi	23/11/2023		

Spett.le
 ASL NUORO
 LAB. ANALISI P.O. S. FRANCESCO
 VIA DEMURTAS, 1
 08100 NUORO NU Italia

C.A.: DR.SSA MARIA CRISTINA GARAU mariacristina.garau@aslnuoro.it

Codice Articolo	Descrizione	nr. Conf. Offerte	Test x conf.	Prezzo listino x conf.	Sc.1%	Sc.2%	Sc.3%	Prezzo netto x conf.	Prezzo netto x Test	Importo Totale	Iva %
	CONF. DA 1 TANICHETTA DA 500 ml										
YG 0371-0101	EUROPATTERN MICROSCOPE LIVE	1									
	CND W0202050303										
ACC. EPA LIVE	ACCESSORIES FOR EUROPATTERN LIVE										
YG 0911-0101-3	TOUCH MONITOR P2418HT	1									
ZG 007F-0101-001	EPM LIVE CARRIER 5X10	2									
YG 0933-0101-1	EUROPATTERN PC DL 3660	1									
YM 0371-0101	QUOTA NOLEGGIO EUROPATTERN LIVE	1						6.000,00		6.000,00	22
YR 0371-0101	QUOTA SAT EUROPATTERN LIVE	1						3.000,00		3.000,00	22
YG 0250-0101-7	EUROLABOFFICE - 4.0 SOFTWARE GESTIONALE CND W0201020292	1									
YG 0906-0101	ELO SERVER SYSTEM (EPA-READY) SERVER PER ELO/EPA	1									
YR 0250-0101-1	QUOTA SAT EUROLABOFFICE SOFTWARE	1						5.000,00		5.000,00	22

Vi preghiamo di restituire la presente firmata per accettazione. Grazie

Nota
 e p.c. dott.ssa Angela Mereu - Resp. Settore Autoimmunità (angela.mereu@aslnuoro.it)

Condizioni di Fornitura	
Pagamento	TERMINE DI LEGGE PAGO PA
Modalità di consegna	PORTO FRANCO
Consegna	4 settimane ricev.ordine (kit/consumab)
Validità ns. offerta	30/11/2024
Minimo d'ordine fatturabile	
Termine periodo fornitura	30/11/2024

Totale Annuo Documento esclusa IVA
58.452,00

EUROIMMUN ITALIA SRL
 con socio unico
 Procuratore Speciale
 Dr. Michele Corbelli

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: Struttura_Distretto/Presidio_2023 cui è riferito (es. *Cardiologia_SanFrancesco_2023.pdf*) e inoltrarlo firmato e protocollato all'Ingegneria Clinica via mail al seguente indirizzo: tecnologia@aslnuoro.it firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	24 Gennaio 2024
P.O./Distretto	S. Francesco Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	DL 060401
Responsabile di struttura	Dott. M. CRISTINA GARAU
Referente	Dott. Angela MEREU
Telefono	331 4646483
Email	angela.mereu@aslnuoro.it marica.cristina.garau@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Processatore vetivini autoimunte
Quantità richiesta	1
Costo presunto	58.452,00 €
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

sm M.O.
robotizzata

RISORSE AGGIUNTIVE
 Per le apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

ACCESSORI: L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?
 (es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
Vede allegato sm dottofls		
TOTALE		

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
	<i>Vedi allegato</i>	
TOTALE		

RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?

SI NO

Se SI, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.

RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?

SI NO

Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<input type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE ← Apparecchiatura INFUNGIBILE
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	<p>Migliorare la gestione dei fuoristrada finalizzati allo diagnostica AUTOIMMUNE su supporto di I.A. mediante software, su miglioramenti del feraso diagnostico</p>

*In caso di **SOSTITUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Insicurezza:** L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- **Obsolescenza:** L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni nel caso di grossi impianti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manutentiva.
- **Scarsa produttività:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.
- **Prestazioni inadeguate:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni alternative in grado di migliorare significativamente la qualità delle prestazioni erogate.

*In caso di **INTEGRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Incremento apparecchiature-scorta:** si richiede di incrementare il numero di apparecchiature già presenti in azienda (per esempio si richiede l'incremento del numero di monitor multiparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- **Miglioramento produttività/qualità:** si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).
- **Aggiornamento tecnologico:** si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di garantire l'aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

*In caso di **NUOVA INTRODUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Innovazione:** l'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici.
- **Produttività:** l'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento della produzione con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.
- **Nuove prestazioni:** l'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

*In caso di **INFUNGIBILITA'** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

La richiesta è di particolare importanza e tempestiva acquisizione.

Il Responsabile di struttura

ATSSardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Servizio di Laboratorio Analisi
Direttore
Dott.ssa *Maria Cristina Garau*



