

Nuoro, 21/06/2023_prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp ff Ematologia 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 diagnostici sonde PNA CLAMP

Vista la richiesta del Direttore ff della U.O. di Ematologia e CTMO del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per l'acquisto di kit diagnostici per la ricerca di mutazioni somatiche nei geni implicati nella leucemia mieloide cronica e nella mastocitosi cutanea. Il kit diagnostico è basato sulla tecnologia PNA Clamp che consente di amplificare selettivamente solo le sequenze di DNA mutato all'interno della miscela di DNA. Il kit è compatibile con la strumentazione di PCR real Time 7500 FAST, fornisce risultati con alta sensibilità (<1%) e specificità in circa 2,5 ore. Non sono noti contratti a livello centralizzato ARES per analoga tipologia di beni.

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

In attesa di riscontro si porgono

PAOLA CHESSA
27/06

DS
CS

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

**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / 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 _ SONDE PNA.**

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

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: UOC EMATOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dotto. ANGELO DOMENICO PALMAS

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 Logistica Clinica.

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2016 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERT ORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
50 Test	NUOVO	AA1649/25		PNAClamp BCRABL (codone 315)
200 Test	Nuovo	AA16520/25		PNACLAMP cKIT D816 (5 mutazioni)

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.

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 sì no

In caso affermativo specificare Distributore Autorizzato NUCLEAR LASER MEDICINE telefono 02/852451 e relativo COD. PRODOTTO: ELENCO sopra

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

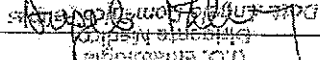
8) COSTO PRESUNTO: 20000,00 (diciasette mila)

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): _____

Firma del Direttore Dipartimento B.G. Servizio U.O. (o suo Delegato)


 ANGELO DOMENICO PALMAS
 U.O. EMATOLOGIA
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro
 Azienda Sanitaria Locale - ASL 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 evidenti la necessità di annotazioni 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 sui 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: 2022.05.23 11:29:58 +02'00'

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

ASL NUORO
Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Drs.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL Nuoro