

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 SANTARIO**

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 acquisto Kit dosaggio isoforme rare nelle LMC con il Sistema di rilevazione SensiQuant**

In seguito alla programmazione comunicata dal Direttore di Ematologia e CTMO, si chiede la procedura d'acquisto del sistema SensiQuant Direct e dei relativi reagenti, come dettagliato nel file allegato necessari alle analisi diagnostiche nel laboratorio specialistico di biologia molecolare.

Il sistema SensiQuant è essenziale per il dosaggio e la rilevazione di mRNA di fusione in campioni ematici, fondamentale per il dosaggio dei trascritti delle isoforme rare nelle Leucemie Mieloidi Croniche

Elenco dei prodotti richiesti: vedi file di programmazione

Considerando l'urgenza della richiesta legata alle esigenze cliniche, chiedo cortesemente una rapida elaborazione di questa richiesta di acquisto.

In attesa di un vostro riscontro, colgo l'occasione per porgervi i miei più distinti saluti.

Il Direttore ASL Nuoro  
Farmacia Ospedaliera  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Direttore  
Dott.ssa Paola Chessa

18/6/24  
PROV.  
S

**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA ARES 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)

**Al Direttore del POU San Francesco – ASL N. 3 di Nuoro**

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: UOC Ematologia**

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. A.D. 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 altro tipo in corso presso il Servizio/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 sì  no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZ A	RDM/CND/REPERT ORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2	1438436	SQT-040	W010602	SensiQuant P230 Master Mix (micro-BCR) COD SQT-040
2	1438435	SQT-041	W010602	SensiQuant e1e3 Master Mix CODICE SQT-041
2	1438455	SQT-042	W010602	SensiQuant b3a3/b2a3 Master Mix CODICE SQT-042
2	1438437	STD-040	W010602	SensiQuant P230 standard (micro-BCR) COD STD-040
2	1546808	STD-041	W010602	SensiQuant e1e3 Standard COD STD-041
2	1546837	STD-042	W010602	SensiQuant b3a3/b2a3 Master Mix COD STD-042

Al fine dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In prima, 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/NON CONSUMABILE**, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs n° 50/2016 sì  no

In caso affermativo specificare DITTA

DITTA **BIOLARMA** Via Morgari, 23 - 10125 Torino (TO) - Italy  
+39-(0)11-670.64.46 / +39-348.407.83.85 Fax +39-(0)11.670.84.16  
Email: info@bioclarma.com Pec: bioclarma@pec.it

relative COD. PRODOTTO:

Richiesta per lotto unico sì  no  ; più lotti sì  no

ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI NESSUNO

COSTO PRESUNTO: 16000,00 Euro

ABBISOGNO: MENSILE

SEMESTRALE

ANNUALE

PLURIENNALE

OCCASIONALE

www.aslnuoro.it

ASL3 - Nuoro  
Data: 18/06/2024 07:10:06 PG/2024/0019429

74211/1/2024/0019429  
Data: 2024-06-18 07:10:06 PG/2024/0019429



- 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)  


**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma Direzione Diabetto (o suo Delegato)  
**CATTINA GRAZIA**  
Firma digitale di CATTINA GRAZIA  
 ID: 43284128-104428-0210

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro  
 \_\_\_\_\_

ASL3 - Nuoro  
Data: 18/08/2024 07:10:05 PG/2024/0019429