

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
al Dir Serv. Provveditorato 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 Analizzatore NGS (inv. Num. HNU 00413)

Al fine di poter utilizzare lo strumento di proprietà dell'Azienda e in uso presso il laboratorio specialistico di ematologia e per garantire l'esecuzione di esami specialistici, vista la richiesta del Direttore della U.O. di Ematologia e CTMO del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede una rinegoziazione del contratto 2023/330 (Del. ASL Nuoro 2023/347 -Adesione alla procedura di affidamento Forniture di reagenti NGS per il Laboratorio Specialistico dell'UOC Ematologia del Presidio Ospedaliero San Francesco ASL Nuoro) con il fornitore Thermofisher per l'acquisto dei reagenti complementari allo strumento in oggetto, utile alle determinazioni genetiche per la diagnostica di leucemie e linfomi. Si fa presente, a questo proposito, che il fabbisogno richiesto è quello annuale ma che essendo in itinere l'approvazione delle convenzioni con le AOU di Cagliari e Sassari, con le quali verrà affidata al laboratorio specialistico di Ematologia di Nuoro l'esecuzione dei test diagnostici di cui sopra, a breve e in esecuzione alle delibere di approvazione delle suddette convenzioni, dovrà essere riproposta una programmazione che tenga conto del carico di lavoro convenzionato con le altre due AA.OO.UU.

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

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti


Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
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- REAGENTI NGS - 2024

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: _Dottor 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 Ingegneria Clinica:

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 X si no

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| | | | | VEDI ELENCO ALLEGATO |

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 ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL Nuoro che disporrà per l'inoltro 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 THERMOFISHER** e relativo COD. PRODOTTO: ELENCO IN ALLEGATO

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

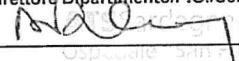
8) COSTO PRESUNTO: 130000,00 (centotrentamila euro)

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/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)


ASL Nuoro
Dott. Angelo Domenico Palmas

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)

Firmato digitalmente da
CATTINA GRAZIA
Data: 2024.02.02 15:11:22
+01'00'

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)

APSS Sardegna - ASL Nuoro
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Servizi di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
D.ssa Paola Lhessa

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
