

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

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro  
e p.c.  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro

**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

loro sedi

**Oggetto:** Richiesta di programmazione annuale per illustra™ ExoProStar™ 1-STEP Kit

Vista la programmazione ricevuta dal Direttore di Ematologia e CTMo, si richiede una procedura d'acquisto per il seguente reagente necessario per le analisi di laboratorio:

**Prodotto richiesto:**

- **Nome prodotto:** illustra™ ExoProStar™ 1-STEP Kit/ Sephadex™ G-100
- **Produttore:** GE Healthcare/VWR
- **Quantità richiesta:** vedi allegato

**Specifiche:**

Descrizione: illustra™ ExoProStar™ 1-STEP Kit

- Molecola target: DNA
- Molecola target raffinata: DNA amplificato/modificato
- Tipo di campione: Reazioni PCR ed enzimatiche
- Metodo/Formato: Pulizia enzimatica
- Protocollo rapido di 30 minuti - completa inattivazione degli enzimi entro 15 minuti

**Sephadex™ G-100** è utile per la desalinizzazione e lo scambio di buffer di biomolecole molto grandi. Sephadex™ G-100 Superfine è progettato per casi specifici che richiedono una risoluzione molto alta. Desalinizza rapidamente, rimuove i contaminanti e trasferisce in un nuovo buffer in un solo passaggio.

Sephadex™ è un mezzo di filtrazione su gel preparato mediante la reticolazione del destrano con epiclorigidrina. I diversi tipi di Sephadex™ differiscono per il loro grado di reticolazione e, di conseguenza, per il loro grado di rigonfiamento e il loro intervallo di frazionamento molecolare. Sephadex™ G-100 è uno dei sei diversi tipi di G che vanno da G-10 per piccole molecole a G-100 per biomolecole molto grandi.

**Motivazione della richiesta:**

kit illustra™ ExoProStar™ 1-STEP è essenziale per garantire l'accuratezza e l'efficienza nella rimozione di primer e nucleotidi non incorporati in campioni di DNA amplificato. La sua capacità di mantenere il campione completamente intatto e pronto per

l'uso immediato in processi manuali o automatizzati lo rende un componente fondamentale per le analisi di laboratorio.

In attesa di un riscontro, si porgono distinti saluti.

**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

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

**CHESSA**  
**PAOLA**

Firmato  
digitalmente da  
CHESSA PAOLA  
Data: 2024.07.15  
14:13:36 +02'00'

ASL3 NUORO  
PG/2024/14859 del 09/05/2024 ore 10 09  
Mitt : AREA OSPEDALIERA

Dest : ASL NUORO SERVIZIO PROVVEDITORAT...  
Class : 5 Fasc : 1 del 2024

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



Oggetto: **Richiesta d'acquisto 2024 – Reagenti Sequenza**

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:

| Quantità | Codice Areas | Referenza | Repertorio | Descrizione                                    |
|----------|--------------|-----------|------------|--|
| 3        |              |           |            | ILLUSTRA EXOPROSTAR I- STEP conf 500 test      |
| 2        |              |           |            | SEPHADEX G-50 SUPERFINE conf. 100 g 17-0041-01 |

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015  SI  NO

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di acquisto 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'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

6) 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 Ditta VWR International PBI e relativo COD. PRODOTTO Vedi elenco sopra

6) Richiesta per lotto unico  SI  NO ; più lotti  SI  NO

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: 2000 Euro

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE XANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_

1

1) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)



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)  
**CATTINA GRAZIA**  
CATTINA GRAZIA  
Data: 2024.05.08 17:35:38  
+02'00'

**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSSL 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 ASSSL Nuoro  
**CHESSA PAOLA**  
PAOLA  
Data: 2024.07.15 14:13:55 +02'00'

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

Firma del Direttore ASSSL Nuoro