

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 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 di programmazione annuale per reagenti

Vista la programmazione ricevuta dal Laboratorio Analisi, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per i reagenti necessari all'esecuzione delle determinazioni di NT-PROBNP.

Prodotto richiesto: reagente per la determinazione di NT-PROBNP

Produttore: Siemens Healthcare

Scopo d'uso: Analisi diagnostiche specifiche

Dettaglio quali-quantitativo dei prodotti richiesti: vedi allegato

Specifiche: È il frammento N-terminale del Propeptide Natriuretico di tipo B. Deriva dal peptide secreto prevalentemente dai miociti dei ventricoli cardiaci in risposta all'espansione di volume o al carico di pressione, dissociandosi poi nel BNP fisiologicamente attivo e nel frammento N-terminale (NT-proBNP). Valori elevati di NT-proBNP indicano stress della parete ventricolare e sovraccarico di volume come avviene nella insufficienza cardiaca e nella disfunzione ventricolare sinistra. È utile nella esclusione della insufficienza cardiaca in pazienti debolmente sintomatici (a motivo dell'elevato potere predittivo del test negativo), nella prognosi della insufficienza cardiaca cronica e nella stratificazione del rischio nella sindrome coronarica acuta, è valido nel monitoraggio della terapia ed è uno strumento utile per discriminare lo scompenso cardiaco da condizioni quali malattie polmonari. La concentrazione nel sangue di BNP si dimezza in 20 minuti mentre quella di NT-proBNP si dimezza in 2 ore. Pertanto, la concentrazione nel sangue di NT-proBNP è più alta e stabile, rendendolo preferibile ai fini della diagnostica perché più facilmente dosabile.

Motivazione della richiesta: diagnostico non presente nella gara di aria siero attualmente valida in ARES Sardegna e necessario alle determinazioni diagnostiche in cardiologia.

Impatto economico: richieste 150 confezioni da 100 test al costo unitario presumibile di € 500,00 + IVA 22% cad – totale annuo € 50.000,00 + IVA 22 %

Quantitativi di test in linea con i consumi 2023 e raddoppio previsione di utilizzo vs 2024 secondo consumi del periodo 01.01.24/16.11.24 – valore stimato inferiore ai consumi pregressi per costo unitario inferiore del 71,95%:

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

- 2023 € 306.190,72 comprensivi di IVA (esclusi calibratori) per 14.080 test
- 2024 fino al 16 novembre € 156.574,80 comprensivi di IVA (esclusi calibratori) per 7200 test

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

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

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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:** LABORATORIO MICROBIOLOGIA

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** DOTT.SSA MARIA 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 ARES/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** si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
150		11200588	NT PROBPNP	CONFEZIONI DA 100 TEST

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 DI Nuoro che disporrà per l'inoltro 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/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 _DA INSERIRE SUL CONTRATTO N 2024 – 7099 GARA AREA SIERO, CON VALIDITA' 16/10/2024 al: 24/02/2027**

8) **COSTO PRESUNTO:** _____

9) **FABBISOGNO:** MENSILE SEMESTRALE X ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

10) **CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO:** fondi di bilancio o altro strumento (specificare) **_CONTRATTO N 2024 – 7099 GARA AREA SIERO, CON VALIDITA' 16/10/2024 al: 24/02/2027**

11) **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)

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL 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 ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
