

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

e p.c. al Dir Generale ASL Nuoro  
e p.c. al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
e p.c. al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. SSD Endoscopia Digestiva 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 test per determinazione Helicobacter Pylori**


Considerata la richiesta presentata dalla SSD di Endoscopia Digestiva, si richiede acquisto test rapidi per determinazione della affezione da Helicobacter Pylori su reperto anatomico. Non sono al momento presenti contratti centralizzati ne programmazioni per i medesimi prodotti. Pregasi valutare possibilità di contratto pluriennale,

**Potenziali fornitori:**

- SOFAR S.p.A

- Blu diagnostica s.r.l.

Importo presunto della fornitura: € 700,00 + IVA 22% fabbisogno annuo

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



**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**

**BENE / 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 kit test rapido H.Pylori**

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: \_\_\_\_\_ ENDOSCOPIA DIGESTIVA \_\_\_\_\_;

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_ DAVIDE DEIANA \_\_\_\_\_;

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)
1500/ANNO			W0105010499	kit test rapido H.Pylori

**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 \_\_\_\_\_

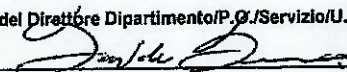
8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ 500-700€ /ANNO \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

**ATS Sardegna - ASL Nuoro**  
**Ospedale "San Francesco" - Nuoro**  
**U.O. Endoscopia Digestiva Chirurgica**

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. 

**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)

  
**ASL Nuoro**  
**OSPEDALI**  
**Direzione Medica**  
**Dirigente Medico**  
**Dott.ssa Antonella Tatti**

**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)

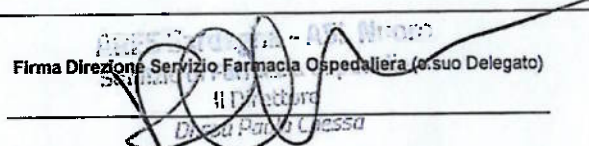
---

---

---

---

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

  
**ASL Nuoro**  
**Il Direttore**  
**Dott.ssa Paola Cossia**

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

---



**STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA**  
Responsabile Dott. Davide Deiana

---

Alla cortese attenzione del  
**DIRETTRICE DEL SERVIZIO FARMACIA**  
Dott.ssa Paola Chessa

Nuoro, 06.11.2023

**Oggetto: RELAZIONE DEI DISPOSITIVI USATI IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLA ATTIVITÀ UREASICA DELL'HELICOBACTER PYLORI SU CAMPIONE BIOPTICO.**

Con la presente comunicazione si relaziona l'acquisizione dei dispositivi medici, **ORMAI TERMINATI**, usati in Endoscopia Digestiva per la determinazione della Attività Ureasica dell'Helicobacter Pylori su Campione Bioptico.

**Descrizione e Funzionamento:**

I dispositivi medici in richiesti e identificati al codice **CND W0105010499**, sono particolari kit, comprendenti provetta e reagente, che permettono la rapida determinazione dell'*Helicobacter Pylori* (HP, test rapido) presente sulle biopsie della mucosa gastrica, sfruttando la caratteristica propria dell'H.P di idrolizzare l'urea mediante l'enzima ureasi presente sulla membrana del batterio stesso con conseguente produzione di NH<sub>3</sub> che produce un cambiamento del pH nel *medium*. L'eventuale presenza dell'H. Pylori viene evidenziata infatti attraverso il viraggio del colore della soluzione contenente l'urea in cui viene immerso il frammento bioptico.

**Destinazione d'uso e Benefici Clinici Attesi:**

L'individuazione della presenza dell'*Helicobacter Pylori* nella mucosa gastrica, è stata ormai da più di vent'anni riconosciuta correlata con più del 90% delle ulcere duodenali, nell'80-90% delle ulcere gastriche, nel 45-70% degli adenocarcinomi gastrici e in percentuale elevata nei MALT linfomi. Alterazioni istologiche significative sono rilevabili nella mucosa gastrica in circa il 60% dei soggetti portatori di tale infezione.

**Benefici Tecnico /Organizzativi Attesi:**

- a) Rispetto del requisito organizzativo ritenuto essenziale per i Servizi di Endoscopia Digestiva di 1° e secondo livello (NB. La SSD della Endoscopia Digestiva di Nuoro è ritenuta un 2° livello), al pari del consenso informato, così come richiesto dall' Assessorato Regionale alla Sanità nella sezione riguardante l'accreditamento dei Servizi di Endoscopia Digestiva;
- b) Riduzione della spesa sanitaria derivata dalla sospensione della determinazione diretta dell'H.P mediante esame istologico su prelievo bioptico (alto costo) e dall'uso improprio dei farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) in violazione alle recenti disposizioni Aziendali e Regionali, e di buona pratica clinica, in materia di contenimento della spesa sanitaria in riferimento all'uso improprio e ingiustificato dei PPI.

**Caratteristiche e Criteri di Valutazione:**

- a) elevata sensibilità, superiore al 98% e specificità al 100%;
- b) tempo di lettura/rilevazione del test compreso tra un min di 2 minuti a un max in riletture di 30 minuti;
- c) praticità d'uso: il reagente deve essere già contenuto all'interno della provetta;
- d) criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa;

**Consumo stimato:**

In riferimento al carico di lavoro previsto, si prevede un consumo stimato di n° 1500 dispositivi/anno.

Si rimane a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Cordiali Saluti

Il Responsabile 