



Nuoro, _____ prot. n. _____

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

loro sedi

**COMMISSARIO
STRAORDINARIO**
Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pierpaolo Bitti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
Dott.ssa Paola Raspitzu

**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 la ricerca di mutazioni puntiformi

Vista la richiesta del Direttore della U.O. di Ematologia e CTMO del P.O. San Francesco di Nuoro, si richiede una procedura d'acquisto dei reagenti riportati nella programmazione allegata. Trattasi di reagenti utilizzati nella diagnostica di onco-ematologia per la ricerca di mutazioni puntiformi rare (es. KRAS, BRAF, IDH, JAK2, DNMT3A, TP53), il monitoraggio della malattia minima residua (MRD) in leucemie e mieloma multiplo, studi di risposta alla terapia mirata: quantificazione precisa delle cellule residue con mutazioni target.

La metodica ddPCR (Droplet Digital PCR), cioè la tecnologia di PCR digitale a goccia, utilizzata per la rilevazione ultra-sensibile e quantitativa di mutazioni, variazioni del numero di copie geniche e trascritti rari permette di lavorare con alta sensibilità e precisione, anche quando le cellule tumorali sono presenti in bassa frequenza in un campione complesso.

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

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 _ SONDE_DIGITAL _**

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** (economali, 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)
5	1561828	10049550		ddPCR MUT FAMHEX Assay 200R
4	1561805	10049551		ddPCR MUT FAMHEX Assay 1000R
5	1561806	10049047		IS ddPCR MUT FAMHEX Assay 200R
5	1561829	10049048		IS ddPCR MUT FAMHEX Assay1000R
2	1561830	10031246		ddPCR MUT FAM Assay 200R
2	1561831	10031247		ddPCR MUT FAM Assay 1000R
2	1561832	10031249		ddPCR MUT HEX Assay 200R
2	1561807	10031250		ddPCR MUT HEX Assay 1000R
1	nuovo	10042959		ddPCR CNV FAM Assay 1000R
1	nuovo	10042962		ddPCR CNV HEX Assay 1000R
1	nuovo	12005571		ddPCR CNV Cy5 Assay 1000R
1	nuovo	12017431		ddPCR CNV ROX Assay 1000R

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 ASSL 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 BIORAD Laboratories** e relativo COD. PRODOTTO: **ELENCO** sopra

6) Richiesta per lotto unico ☒ **si** ☐ **no** ; più lotti ☐ **si** ☒ **no**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: **20000,00 (ventimila_mila)**

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)

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 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)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
