

Nuoro, / /2026 _prot. n. _____

**Al Dir. della SC Provveditorato ASL Nuoro
e p.c. Dir. Generale ASL Nuoro
loro sedi**

DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Trotta

DIRETTORE SANITARIO

Dott. M.A. Calvisi

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Paolo Sau

**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: Contrattualizzazione annuale reagenti IG e FLT3

Con la presente si richiede contrattualizzazione a valenza annuale per la fornitura di reagenti per analisi dei riarrangiamenti dei geni delle immunoglobuline (IG) e del gene FLT3, impiegati principalmente nella diagnosi e monitoraggio nel mieloma multiplo e nella diagnosi di leucemie acute da considerarsi attività ex novo priva di consumi pregressi significativi. Nel dettaglio i reagenti richiesti vengono utilizzati per analizzare alterazioni genetiche in ambito ematologico con finalità diagnostiche e di monitoraggio.

- Analisi IGH/IGK: valutano la clonalità dei linfociti B (indicativa di linfomi/leucemie), il grado di ipermutazione somatica (con valore prognostico) e la malattia minima residua, anche tramite soluzioni LymphoTrack per il monitoraggio nel tempo.
- Kit FLT3: identifica mutazioni FLT3-ITD e FLT3-TKD nelle leucemie acute, utile per orientare la terapia mirata.
- Kit KMT2A: rileva e quantifica riarrangiamenti/fusioni del gene KMT2A nelle leucemie acute (soprattutto LMA), impiegato sia nello screening iniziale sia nel monitoraggio della risposta terapeutica e della malattia residua.

Il materiale non è incluso in contratti o convenzioni attive a livello Regionale.

Potenziale fornitore: ARDEA SRL

Costo presunto annuo: € 40.000

Distinti saluti

**CHESSA
PAOLA** Firmato digitalmente da
CHESSA PAOLA
Data: 2026.06.11
12:56:11 +02'00'

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

Oggetto: **Richiesta d'acquisto - REAGENTI MRD MIELOMA AML**

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)
2 conf	1373914	60970130		FALCON TAQ POLIMERASI
2 conf	1456356	71210057		LYMPHO TRACK IGHR1/2/3 S5/PGM
1 conf	1456395	40880098		LYMPHO TRACK B CELL LOW POSITIVE
1 conf	1456355	71220007		LYMPHO TRACK IGHK ASSAY S5/PGM
1 conf	nuovo	K4120431		LeukoStrat® CDx FLT3 Mutation Assay
1 conf	nuovo	71210007		LYMPHO TRACK IGHR1 PGM/S5
1 conf	nuovo	40880118		LymphoQuant B internal Contro 250 ML
1 conf	nuovo	K4120441		LS CDXFLT3SW IVDR

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'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

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 INVIVOSCRIBE -ARDEA e relativo COD. PRODOTTO: ELENCO sopra

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 40000,00 (quarantatamila)

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 N. 3 - Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
S.C. Ematologia e Centro Trapianti M.O.
Dirigente Medico
Dott. Marco Murineddu

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevano 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
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)

CHESSA PAOLA
Firmato digitalmente da
CHESSA PAOLA
Data: 2026.06.11 12:56:55
+02'00'

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

Firma del Direttore ASL Nuoro

ASL N. 3 - NUORO
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
D. C. Ecologia e Centro Trasporti D.
Direzione Medica
Dott.ssa Antonella Tatti