



ASL Nuoro

Dipartimento del Farmaco

NDO 1035226

6010 7

Azienda Sanitaria di Nuoro

Barbagie Baronie Mandrolisai Marghine  
Regione Autonoma della Sardegna

*Arvai*  
*Pappalardo*

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3 NUORO**  
Modello di richiesta d'acquisto di **farmaci già inseriti nel P.T.R.**  
in regime di **AFFIDAMENTO DIRETTO**  
ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57-125 D.Lgs. 163/2006

ASL3  
NP/2015/ 0014626 del 02/11/2015 ore 10,05  
Mittente Dipartimento del Farmaco  
Assegnatario Servizio Provveditorato - Riso  
Classifica 1 Fascicolo 105 del 2015



Al Servizio Provveditorato e  
Risorse Materiali  
ASL 3 NUORO  
**SEDE**

Nuoro il:

P.O.:  U.O.:

Si richiede la fornitura dei farmaci sottoelencati:

ZF11787967

(3 PAZIENTI IN TRATTAMENTO)

Numero	Principio attivo e nome specialità	Fabbisogno annuale
1	IDECALISIB - ZYDELIG 150mg	(36) CNF x 60
2	(AIC 043620020)	= 2160
3	IDECALISIB - ZYDELIG 100mg	12 CNF x 60

Si dichiara che le specialità sopraindicate, sulla base dell'Informatore Farmaceutico e delle banche dati accreditate dal Ministero della Salute, risultano essere prodotte e commercializzate unicamente dalle seguenti Dite

Distribuzione diretta

Richiesta U.O.

D. SSA ROSANNA LEDDA  
FARMACIA P.O. S. FRANCESCO  
NUORO

AZIENDA SANITARIA DI NUORO  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. Ematologia  
Dirigente Medico

Direttore: Dott. Giancarlo Latte  
AZIENDA SANITARIA DI NUORO  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. Ematologia  
Dirigente Medico  
Timbro e firma del Direttore  
del Dipartimento del Farmaco  
Direttore: Dott. Giancarlo Latte

Timbro e firma del Direttore  
del Dipartimento del Farmaco  
AZIENDA SANITARIA DI NUORO  
IL DIRETTORE  
DEL SERVIZIO DI FARMACIA  
Dr. Pasquale Sanna

**Si allega Relazione tecnica**

### AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3 NUORO

Relazione di richiesta d'acquisto di **farmaci già inseriti nel P.T.R.**  
in regime di **AFFIDAMENTO DIRETTO**

ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

Allegato alla richiesta Prot. N°:

#### SOGGETTO PROPONENTE:

P.O.:

U.O.:

#### DESCRIZIONE DEL PRODOTTO:

PRINCIPIO ATTIVO E/O SPECIALITÀ:

DITTA PRODUTTRICE:

#### DESCRIZIONE PROPRIETÀ:

#### DESTINAZIONE D'USO:

Dipartimento del Farmaco

STUDI CLINICI A SOSTEGNO DI EFFICACIA E SICUREZZA DEL PRODOTTO:  
(Riportare una sintesi delle evidenze indicando i riferimenti bibliografici)

INQUADRAMENTO TERAPEUTICO:

INDICARE LE LINEE GUIDA NAZIONALI E/O INTERNAZIONALI CHE SUGGERISCONO L'IMPIEGO DEL FARMACO:

VEDI DETERMINAZIONE AIFA

PATOLOGIA RELATIVAMENTE ALLA QUALE È FATTA RICHIESTA DEL FARMACO:

LEUCEMI A UNFATICA CRONICA

BENEFICI CLINICI ATTESI:

RMISSIONE COMPLETA E/O VGPR come  
BRIDGE TO TRANSPLANT

VANTAGGI DEL FARMACO RICHIESTO RISPETTO A FARMACI DELLA MEDESIMA CLASSE:

NON ESISTENTI

### ASPETTI ECONOMICI:

PREZZO DI VENDITA DEL FARMACO: €

SPESA PRESUNTA PER IL TRATTAMENTO PER PAZIENTE: €

Il sottoscritto

### DICHIARA

**Consapevole delle responsabilità disciplinari, per danno erariale e penali:**

- che il farmaco oggetto della presente richiesta è l' unico e insostituibile a possedere i requisiti necessari, atti a identificarne il regime di affidamento diretto
- che non sono disponibili prodotti con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali
- che in seguito a verifiche di mercato la Ditta in grado di fornire i prodotti di cui sopra è la

seguinte:

DATA:

TIMBRO AZIENDA SANITARIA DI NUORO  
DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
U.O. Ematologia  
Dirigente Medico  
*Direttore: Dott. Giancarlo Latte*

**Roberta Desogus**

---

**Da:** <farmacia.hsfledda@aslnuoro.it>  
**Data:** venerdì 29 gennaio 2016 10:37  
**A:** "Roberta Desogus" <r.desogus@aslnuoro.it>  
**Oggetto:** acquisto farmaco ZYDELIG

In riferimento alla programmazione del farmaco ZYDELIG da 150 mg. inviata con prot. NP/20105/0014626 si dichiara che i pz. attualmente in trattamento sono 3 e necessitano di 1 confezione di farmaco al mese. Si precisa che tale farmaco è sottoposto a monitoraggio AIFA che verifica l'appropriatezza prescrittiva prima di dare l'ok al trattamento dei pz. Tale trattamento pertanto non può essere sostituito.

Dott.ssa ROSANNA LEDDA

---

**ASL3**

**NP/2016/ 0001368** del 29/01/2016 ore 11,15

Mittente : Dipartimento del Farmaco

Assegnatario : Servizio Proveditorato - Riso

Classifica : 1.4.6 Sottofasc. 2-3 del 2016



## **Roberta Desogus**

---

**Da:** <farmacia.hsfledda@aslnuoro.it>  
**Data:** mercoledì 3 febbraio 2016 09:21  
**A:** "Roberta Desogus" <r.desogus@aslnuoro.it>  
**Oggetto:** incremento fabbisogno ZYDELIG

Si comunica che è stato inserito un nuovo pz. in terapia con Zydelig da 150mg. pertanto al fabbisogno precedentemente indicato vanno aggiunte altre 720cps per far fronte alla terapia del nuovo pz.

---

### **ASL3**

**NP/2016/ 0001696** del 05/02/2016 ore 12,42

Mittente: Dipartimento del Farmaco

Assegnatario: Servizio Provveditorato - Riso

Classifica: 1.4.6. Sottofasc. 2-3 del 2016

