

Nuoro, 23/08/2023\_prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir. Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Dir. SC Ginecologia e Ostetricia 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

DESTINATARI:  
D.F. MED PRES UORG  
SAN FRANCESCO

**Oggetto: Richiesta acquisto agente volumizzante per incontinenza urinaria**

Visto il fabbisogno a firma del Direttore dell'U.O.C. Di ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero San Francesco (allegata alla presente), con la quale si richiede l'acquisto di specifico agente volumizzante riassorbibile con aghi corredati per l'applicazione finalizzata al trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo

si forniscono di seguito i dati tecnici necessari all'approvvigionamento:

- I dispositivi non risultano nella programmazione anno 2023 a valenza ARES;
- Attualmente nella ASL di Nuoro non sono presenti contratti validi;
- Non sono attive convenzioni stipulate dalla Centrale regionale di riferimento CAT Sardegna o da Consip relativamente a forniture di materiali con caratteristiche comparabili a quelle dei prodotti richiesti;
- Fabbisogno annuo
- CND: U + A

Si segnala che l'ultimo fornitore per i prodotti richiesti è stato il seguente:

Per l'agente volumizzante: AREAMED S.R.L. SOCIO UNICO



VISTO SI AUTORIZZA  
23/08/2023  
Azienda Socio-Sanitaria Locale  
N° 3 - Nuoro

**Direttore Sanitario**

Dott. Serafinangelo Ponti

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Paola Chessa  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
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

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: BLOCCO OPERATORIO SALA GINECOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. ANTONIO ONORATO SUCCU

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)
50	1533064	1001924	RDM 1808198 CND U070199	UROLON- Agente volumizzante per il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo
60	1143542	CH2020EC	RDM 18784 CND A01020102	Ago Chibell G20 lungh. 20 cm

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 AREAMED SRL e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: € 60.000

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  SCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDE TECNICHE – CERTIFICATO DI UNICITA' RELAZIONE DR. SUCCU

Blocco Operatorio HSF  
SALA GINECOLOGIA

**DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE**  
**Ospedale San Francesco**

Assl Nuoro

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)  
*Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu*

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)

**ATS Sardegna - ASL Nuoro**  
**Ospedale "San Francesco" - Nuoro**  
**Direzione Sanitaria**  
**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)

**ARS Sardegna - ASL Nuoro**

Il Direttore

*Dr.ssa Paola Chessa*

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro