

Nuoro, /09/2021 prot. n. _____

AREA SOCIO SANITARIA
LOCALE di NUORO
COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Gesuina Cherchi

Al Resp Dipartimento Farmaceutico
Dr.ssa N.A. Dicara
sede

Oggetto: acquisto sistemi di prolasso e sistemi di incontinenza urinaria tramite SC
Giuridico Amministrativa

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Francesco"
Nuoro
Tel. 0784240528

Come da richiesta della U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. San Francesco si
chiede autorizzazione all'acquisto di sistemi di prolasso e sistemi di incontinenza
urinaria. Trattasi di dispositivi non compresi in gara aziendale ma nella gara
regionale CND U.

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Camillo"
Sorgono
Tel. 0784623328

In attesa di riscontro si porgono
distinti saluti

I Dirigenti Farmacisti - SC Farmacia Ospedaliera - P.O. San Francesco

Drssa Pietrina Deiana



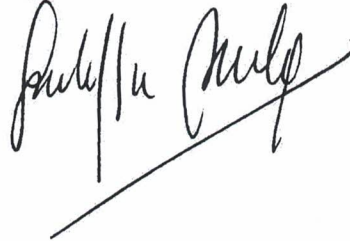
Drssa Paola Chessa



Drssa Sara Sanna



Dr Giuseppe Mulargia



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2021/37032 del 27/09/2021 ore 08,46
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: Dipartimento Politiche del Farmac...
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2021



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
All'Ufficio Giuridico Amministrativo

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 HSF - 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 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 si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
30	1515265	KIT-CALISTAR S	CND P900202 RDM 1347460	CALISTAR S -KIT PER RIPARAZIONE PROLASSO ANTERIORE
10		KIT-STEEMA-T PLUS	CND U070101 RDM 1535039	STEEMA-T PLUS -KIT PER INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE DA SFORZO

Al 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 AREAMED SRL 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: _____ Euro 30.000 circa

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE NELLE MORE DELL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE U _____

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): Schede Tecniche e Certificato di unicità

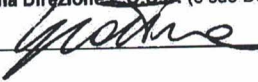
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

ATS Sardegna - AssL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Ostetricia e Ginecologia
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)



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



Carmagnola, 16.04.2021

A CHI DI COMPETENZA

OGGETTO: Dichiarazione di unicità

Il sottoscritto Ivano De Laude nato a TORINO il 23.06.1971 in qualità di Amministratore Unico della DIMED Srl con sede in Via Sommariva 35 a Carmagnola (TO), P.IVA e Codice Fiscale 02221310044

DICHIARA

che la protesi Calistar S di produzione Promedon, per il trattamento del prolasso della parete vaginale anteriore e apicale mediante chirurgia vaginale a incisione singola, ha caratteristiche tecniche che la rendono unica.

In particolare l'unicità è garantita da:

- la struttura dell'impianto (un'area centrale costituita da una mesh Tipo I ultraleggera (16 g/m²), avente pori il cui diametro medio è di 6 mm, e una componente periferica, anch'essa di Tipo I, a bassa elasticità, di supporto e ancoraggio) che garantisce un'interferenza minima con i tessuti nativi e offre un indice di elasticità differenziale tra l'asse longitudinale e quello trasversale per conservare l'elasticità vaginale longitudinale e mantenere una resistenza trasversale atta a prevenire la ricorrenza del prolasso.
- due bracci anteriori, per il fissaggio della mesh ai muscoli otturatori interni, in polipropilene, costituiti da multipli e robusti punti di ancoraggio disposti a spina di pesce lungo le estremità dei bracci stessi al fine di garantire un fissaggio primario ottimale.
- due dispositivi di ancoraggio (TAS) in polipropilene, forniti ciascuno di sei robusti punti di ancoraggio a 360°, fermo di sicurezza e fili di sutura, in polipropilene monofilamento, per il fissaggio dei bracci posteriori della mesh ai legamenti sacrospinosi.


DIMED srl
Ivano De Laude
Amministratore Unico

DIMED s.r.l.
Via Sommariva, 35 - 10022 CARMAGNOLA (TO)
Tel. 011.9723910 - Fax 011.9723917
E-mail: info@dimedonline.com
www.dimedonline.com

Posta Certificata: dimed@postacertificata.cc
REA CUNEO n.162292
Tribunale di Saluzzo n. 4054
C.F./P. IVA/Registro Imprese di Cuneo 02221310044

