

Nuoro, 24/ 07/2026 _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. Ssa Maria Antonietta 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: richiesta kit trattamento incontinenza urinaria femminile

Visto il fabbisogno allegato della SC di Ginecologia, si chiede fornitura pluriennale di kit per incontinenza urinaria femminile refrattaria/recidivante. Il materiale afferente alla CND P08, non è incluso in procedure di gara programmate o in corso a livello regionale.

Descrizione generica del dispositivo

Sistema per il trattamento della SUI che consente di regolare dinamicamente con un meccanismo a vite l'imbragatura inserita per via transvaginale per ottenere il supporto uretrale desiderato.

Potenziali fornitori:

Neomedic S.L.

Bibliografia/sitografia per valutazione istruttoria:

Jefferson T, Artibani W, Battisti W, Migliore A, Paone S, Saracino A, Cerbo M – HTA Report – Sling operation for urinary incontinence in women and men. Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Rome, March 2017.

Valore della fornitura: € 35.000, 00 ca + IVA 22%/triennio

In attesa di riscontro si porgono

Distinti saluti

CHESSA
PAOLA
Firmato digitalmente da
CHESSA PAOLA
Data: 2026.07.24
13:17:49 +02'00'

Spett.le Direttore Farmacia Ospedaliera HSF
D.ssa Paola Chessa

**Oggetto: Richiesta di kit per il trattamento dell'incontinenza urinaria
femminile recidiva Remeex Female**

Il Kit Remeex Female è un sistema per il trattamento dell'incontinenza urinaria femminile che consente di regolare e di ri-regolare l'imbragatura per ottenere il supporto uretrale desiderato ogni volta che è necessario durante la vita della paziente, garantisce una continenza a lungo termine evitando la ritenzione.

Premesso che il dispositivo in oggetto non risulta presente in nessuna gara regionale, per quanto a noi noto, e considerato che risulta indispensabile per la correzione dell'incontinenza urinaria femminile recidiva con tecnica di accesso retro-pubica, si chiede di acquisire il dispositivo direttamente dal produttore.

Prezzo indicativo € 3500 a pezzo

A nostra conoscenza il dispositivo è prodotto dalla Ditta NEOMEDIC S.L. via Maestrat 41/43 Terrassa 08225 Barcellona.

Cordiali saluti

Nuoro li 15/07/2026

Referente per approvvigionamenti e logistica
Piattaforma ORM
Graziella Pintori

Il Direttore U.O.
Ginecologia e Ostetricia
Dr. Antonio Onorato Succu

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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: **Piattaforma ORM 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 ☐

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10	1629659	SERM-01	RDM-2677471 CND-P080199	Kit Remeex Female per il trattamento dell' incontinenza urinaria femminile. Il kit deve essere composto da: - 1 rete in monofilamento di polipropilene - 1 tensore della Sling sovrapubico - 1 manipolatore esterno per la regolazione della tensione del sistema.

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 **Productos Especiales De Neomedic International S.L.(1654759)** e relativo COD. PRODOTTO

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: € **35.00.000** circa _____

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): **SCHEDE TECNICHE** - Richiesta motivata _____

BLOCCO OPERATORIO
SALA GINECOLOGIA
OSTETRICIA

DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE
Ospedale San Francesco

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio P.O. (o suo Delegato)
Assl Nuoro
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 3 Nuoro