

**MODULO**  
**RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE  
BIOMEDICHE**

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: **Struttura Distretto/Presidio 2022** cui è riferito (es. Cardiologia\_SanFrancesco\_2022.doc) e inviarlo via e-mail al seguente indirizzo: [tecnologia@aslnuoro.it](mailto:tecnologia@aslnuoro.it) firmata e protocollata.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	14/03/2025
P.O./Distretto	Distretto Di Nuoro –
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	Casa Di Comunità San Francesco
Responsabile di struttura	Dott.ssa Gianfranca Piredda
Referente	Manca Carla
Telefono	0784/240081-3313516656
Email	<a href="mailto:c.manca@aslnuoro.it">c.manca@aslnuoro.it</a> - distretto.nuoro@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Riunito Odontoiatrico con Endorale
Quantità richiesta	N. 1
Costo presunto (comprensivo di IVA)	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Alta</b> <input type="checkbox"/> <b>Media</b> <input type="checkbox"/> <b>Bassa</b>

**RISORSE AGGIUNTIVE**

Per le Apparecchiature biomedicali specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

**ACCESSORI:** L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione (es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

☐ SÌ ☐ NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
Turbina	n.5	
Micromotore	n.5	
Poltrona	n.1	
Contrangolo	N.5	
Anello rosso +Anello Blu	n. 5+ n.5	
Consolle Medico per alloggiamento strumenti+ Monitor	N. 1+N.1	

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE****MATERIALE DI CONSUMO:** L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?☐ SI ☐ NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (ivato)
<b>TOTALE</b>		

**RISORSE UMANE:** L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?☐ SI ☐ NO

Se SI, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.

**RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE:** L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?☐ SI ☐ NO

Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.

**DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA**

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
<b>Motivazione della richiesta</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="checkbox"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input type="checkbox"/> Apparecchiatura di <b>NUOVA INTRODUZIONE</b> <input type="checkbox"/> Apparecchiatura <b>INFUNGIBILE</b>
<b>Breve descrizione della motivazione della richiesta*:</b>	Apparecchiatura oramai obsoleta

\*In caso di **SOSTITUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Insicurezza:** L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- **Obsolescenza:** L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni nel caso di grossi impianti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manutentiva.
- **Scarsa produttività:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.
- **Prestazioni inadeguate:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni alternative in grado di migliorare significativamente la qualità delle prestazioni erogate.

In caso di **INTEGRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Incremento apparecchiature-scorta:** Si richiede di incrementare il numero di apparecchiature già presenti in azienda (per esempio si richiede l'incremento del numero di monitor multiparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- **Miglioramento produttività/qualità:** Si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).
- **Aggiornamento tecnologico:** Si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di garantire l'aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda.

In caso di **NUOVA INTRODUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Innovazione:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici.

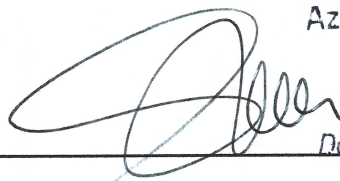


**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

- **Produttività:** L'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento della produzione con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.
- **Nuove prestazioni:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

In caso di **INFUNGIBILITA'** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

Firma Responsabile di struttura \_\_\_\_\_

  
Azienda Sanitaria Locale  
N° 3 - Nuoro  
Distretto di Nuoro  
Il Direttore F.F.  
*Dott.ssa Gianfranca Piredda*

Firma Referente \_\_\_\_\_ Manca Carla \_\_\_\_\_

  
Azienda Socio Sanitaria Locale  
N° 3 - Nuoro  
Distretto di Nuoro  
COORDINAMENTO INFERMIERISTICO  
*Carla Manca*

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: Struttura\_Distretto/Presidio\_2023 cui è riferito (es. *Cardiologia\_SanFrancesco\_2023.pdf*) e inoltrarlo firmato e protocollato all'Ingegneria Clinica via mail al seguente indirizzo: [tecnologia@aslnuoro.it](mailto:tecnologia@aslnuoro.it) firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	30/08/2024
P.O./Distretto	Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O. di ORL-Maxillo-Facciale
Responsabile di struttura	Dr. Corrado Bozzo
Referente	Dr. Corrado Bozzo
Telefono	3382206402
Email	corrado.bozzo@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Riunito per visita odontoiatrica-maxillo-facciale
Quantità richiesta	N.1
Costo presunto	30.000
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

**RISORSE AGGIUNTIVE**

Per le apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

**ACCESSORI:** L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?

(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

☒ SÌ ☐ NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
Turbine con spray e luce LED attacco Midwest	20	20.000
Contrangoli 1:1 anello blu con spray e luce LED	20	15.000
Ablatori piezoelettrici con kit inserti	10	5.000
<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>40.000</b>

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE****MATERIALE DI CONSUMO:** L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?☒ SI ☐ NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
Frese a fessura e a palla tagliente/ diamantata	15	500
<b>TOTALE</b>		

**RISORSE UMANE:** L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?☐ SI ☒ NO

Se SI, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.

**RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE:** L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?☒ SI ☐ NO

Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.

L'U.O. di ORL non dispone al momento di spazi idonei per allocare il bene richiesto, ma lo sarà nel breve periodo, stante l'imminente trasloco del Servizio di Neuropsichiatria Infantile che in seguito all'emergenza pandemica era stata ospitata in 4 stanze precedentemente utilizzate dall'U.O. di ORL, che quindi ne rientrerebbe in possesso. Peraltro, la stanza dedicata non dispone di impianto idraulico e pneumatico, da installare.



## MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<p><u>SOSTITUZIONE</u> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><u>INTEGRAZIONE</u> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura di <u>NUOVA INTRODUZIONE</u></p> <p>Apparecchiatura <u>INFUNGIBILE</u></p>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	<p>Dal mese di Ottobre 2022 all'U.O. di ORL afferisce lo specialista Maxillo-facciale (Dr. Alessandro Cherchi) che ha da subito incrementato il volume sia delle visite ambulatoriali che degli interventi chirurgici (250 nel 2023, 420 a tutt'oggi). Il Dr. Cherchi, peraltro, non disponendo di spazi dedicati né tantomeno di un riunito per visita, è costretto a sfruttare le occasioni in cui l'attività ambulatoriale ORL glielo consente, utilizzando il punto visita ORL che non risponde alle sue esigenze. L'acquisto del riunito e la disponibilità di spazi appositi consentirebbe al Dr. Cherchi di ottimizzare la sua attività sia come programmazione che come adeguatezza. La richiesta soddisfa il requisito di innovazione in quanto l'apparecchiatura non si sostituisce ad altre ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici</p>

\*In caso di **SOSTITUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Insicurezza**: L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- **Obsolescenza**: L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni nel caso di grossi impianti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manutentiva.
- **Scarsa produttività**: Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.
- **Prestazioni inadeguate**: Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni alternative in grado di migliorare significativamente la qualità delle prestazioni erogate.

\*In caso di **INTEGRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Incremento apparecchiature-scorta**: si richiede di incrementare il numero di apparecchiature già presenti in azienda (per esempio si richiede l'incremento del numero di monitor multiparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- **Miglioramento produttività/qualità**: si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).
- **Aggiornamento tecnologico**: si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di garantire l'aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda.



## MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

\*In caso di **NUOVA INTRODUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Innovazione:** l'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici.
- **Produttività:** l'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento della produzione con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.
- **Nuove prestazioni:** l'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

\*In caso di **INFUNGIBILITA'** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

**Il Responsabile di struttura**

Corrado  
Pasquale  
Bozzo

Firmato digitalmente  
da Corrado Pasquale  
Bozzo  
Data: 2024.08.30  
13:09:21 +02'00'



**Presidio Ospedaliero  
"San Francesco" Nuoro**

**Unità Operativa di Otorinolaringoiatria**

**Tel. 0784/240610 0784 240234  
Mail: otorino.hsfnuoro@aslnuoro.it**

**Direttore**  
*Dott. Corrado Bozzo*

**Dirigenti Medici**  
*Dott. Efisio Caria  
Dott.ssa Rosanna Carta  
Dott. Mauro Cau  
Dott.ssa Giuseppa Congiu  
Dott. Sandro Attilio Dei  
Dott. Francesco Deiana  
Dott. Antonio Piras  
Dott.ssa Nicoletta Piras  
Dott. Antonello Vedele*

*Dr. Alessandro Cherchi (Maxillo-Facciale)*

**Struttura di Diagnosi e Terapia  
Roncopatia - OSAS**  
*Resp: Dott. Sandro Attilio Dei*

**Struttura di  
Day Hospital-Day Surgery**  
*Resp: Dott. Francesco Deiana*

**Logopedista**  
*Dr.ssa Pina Frau*

**Tecnici di Audiometria**  
*Dott.ssa Giuseppina Cau  
Dott. Giovanni Ladu  
Dott.ssa Giovanna Pinna*

**Coordinatrice**  
*Assunta Pilia*

**Infermieri di corsia**  
*Giovanna Congiu  
Valeria Concas  
Antonio Delogu  
Roberta Guiso  
Peppina Luppù  
Maria Antonietta Petretto  
Manuela Puddighinu  
Maria Giovanna Rui  
Cristina Sanna  
Michela Scanu  
Nadia Sini  
Rosanna Tedde  
Sandro Zunnui*

**Infermieri di Ambulatorio e Chirurgia  
ambulatoriale**  
*Alda Calaresu  
Carla Frau  
Francesca Lostia*

**Operatori Socio-Sanitari**  
*Sebastiano Armeni  
Maria Biagioli  
Angela Chessa  
Tonina Maccarrone  
Franca Pira  
Maria Antonietta Selloni*

**UNITA' OPERATIVA DI OTORINOLARINGOIATRIA  
Presidio Ospedaliero " San Francesco " – Nuoro  
Direttore: Dr. Corrado Bozzo**

Nuoro, 01/10/2024

**ALLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO  
ALL'UFFICIO TECNICO POU NUORO  
AL SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA ASL 3 NUORO**

Oggetto: richiesta di messa in opera di impianto idraulico e di aspirazione per il punto visita Maxillo facciale nei locali dell'U.O. di ORL .

Dal mese di Ottobre 2022 presta servizio presso l'U.O. di ORL di questo POU il Dr. Alessandro Cherchi, specialista in Chirurgia Maxillo-facciale, che da quel periodo collabora con le U.U.O.O di Dermatologia e di Odontoiatria, oltre che con l'U.O. di ORL cui afferisce. L'attività del Dr. Cherchi sia chirurgica (circa 500 procedure chirurgiche) che ambulatoriale (20/settimana) è andata progressivamente aumentando, tanto che si è resa necessaria la programmazione chirurgica con slot quindicinale dedicato. In seguito alla imminente ripristino della disponibilità dei locali siti all'8° piano della Torre, già assegnati a questa U.O. ed occupati dalla NPI in seguito all'emergenza pandemica, è stato individuato uno spazio da allestire per l'attività ambulatoriale specialistica Maxillo-facciale, al momento erogata "a la demande", sfruttando spazi e tempi lasciati liberi dall'attività ambulatoriale ORL, che peraltro viene erogata quotidianamente sulle due postazioni ambulatoriali a disposizione.

Occorre quindi dotare l'U.O. di uno spazio dedicato che dovrà essere allestito con l'acquisto di 1 riunito visita specifico e completo per la programmazione della diagnostica maxillo-facciale, la cui richiesta è già stata inoltrata all'Ufficio acquisti Aziendale. Il locale che ospiterà tale attività, peraltro, necessita di un adeguamento impiantistico, idraulico per l'irrigazione e pneumatico per l'aspirazione e la mobilità della poltrona del riunito stesso.

Si chiede pertanto alle SS.VV. di voler autorizzare e procedere all'adeguamento di cui sopra.

Cordiali saluti

Dr. C.Bozzo

**Corrado  
Pasquale  
Bozzo**

Firmato  
digitalmente da  
Corrado Pasquale  
Bozzo  
Data: 2024.10.01  
11:16:25 +02'00'





**Direzione Generale**

Al Servizio Provveditorato

Al Servizio Ingegneria Clinica

**OGGETTO: RICHIESTA DI ACQUISTO IN URGENZA DI N.1 RIUNITO ODONTOIATRICO CON SISTEMA DIGITALE ENDORALE INTEGRATO DA DESTINARE AL CENTRO DI PERMANENZA PER RIMPATRI (CPR) DI MACOMER**

In riferimento all'oggetto, per poter garantire le prestazioni sanitarie all'interno del CPR, stante l'urgenza, si rende necessario l'acquisto di un riunito odontoiatrico.

Si autorizza pertanto:

- La S.C. Provveditorato a procedere con un affidamento diretto ai sensi del vigente Codice degli Appalti;
- La S.C. Qualità, governo clinico e gestione dei processi clinici e logistici, Ingegneria Clinica a procedere alla stesura del capitolato tecnico.

Nuoro, 05/02/2025

Cordiali saluti

Il Direttore Generale

Paolo Cannas

---

**Direzione ASL Nuoro**  
Via Demurtas, 1 08100 NUORO

tel. 0784 240642

[www.aslnuoro.it](http://www.aslnuoro.it)  
[direzione.generale@aslnuoro.it](mailto:direzione.generale@aslnuoro.it)  
[protocollo@pec.aslnuoro.it](mailto:protocollo@pec.aslnuoro.it)