

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_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** firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	19/06/2025
P.O./Distretto	san francesco nu
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	PRONTO SOCCORSO
Responsabile di struttura	DOTT.SSA MICHELA MATTÀ
Referente	DOTT PIETRO PITTALIS(IFO)
Telefono	3407142159
Email	pietro.pittalis@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	lampada scialitica a piantana
Quantità richiesta	2
Costo presunto	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

Per le apparecchiature mediche 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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		

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

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

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.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<input type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariata (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE <input type="radio"/> Apparecchiatura INFUNGIBILE
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	PROSSIMA APERTURA DELL'AMB SEE AND TREAT PER IL TRATTAMENTO DEI CODICI MINORI IN PRONTO SOCCORSO + NUOVO AMBULATORIO MEDICO PS LOCALI EX ORTOPEDIA ANDITO CARDIOLOGIA

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

PER IC

Il Responsabile di struttura

L
ASL N. 3 - Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
~~Un pronto Soccorso - OBI~~
Dirigente Medico
Dott.ssa Mariangela Mariani

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_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 firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	13/12/2023
P.O./Distretto	DISTRETTO DI NUORO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	MEDICINA PENITENZIARIA - BADU E CARROS E MAMONE
Responsabile di struttura	DOTT.SSA GIANFRANCA PIREDDA
Referente	LUISA ZEDDA
Telefono	0784204394
Email	luisa.zedda@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	LAMPADA SCIALITICA
Quantità richiesta	6
Costo presunto	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

Per le apparecchiature mediche 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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		

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

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

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.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<p>SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p>INTEGRAZIONE 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 NUOVA INTRODUZIONE</p> <p>Apparecchiatura INFUNGIBILE</p>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	N.5 PER LA MEDICINA PENITENZIARIA DI BADU E CARROS N.1 PER LA MEDICINA PENITENZIARIA DI MAMONE

*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 **INFUNGIBILITÀ** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità,

Il Responsabile di struttura

DOTT.SSA GIANFRANCA PIREDDA
firmato digitalmente da PIREDDA
GIANFRANCA
Data: 2023.12.19 10:06:32 +01'00'



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 firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	10/10/2023
P.O./Distretto	P.O. San Francesco
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Responsabile di struttura	Dott. A. O. Succu
Referente	Dott.ssa F. Murgia Coordinatrice
Telefono	
Email	f.murgia@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Monitor Multiparametrici con carrello per il trasporto
Quantità richiesta	n. 8
Costo presunto	
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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
cavo ecg 5 terminazioni- sonda O2 adulto	8+8	
batteria ricaricabile - cavo alimentazione	8+8	
bracciale adulto NIBP	8	
stampante termica integrata	8	
TOTALE		

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

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
CARTA TERMICA		
TOTALE		

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.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<p> <input checked="" type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariata (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p> <input type="radio"/> INTEGRAZIONE 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 NUOVA INTRODUZIONE Apparecchiatura INFUNGIBILE </p>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	ALLESTIMENTO TECNOLOGICO DEL BLOCCO PARTO E DELLA DEGENZA INDISPENSABILE PER IL MONITORAGGIO DELLE VARIAZIONI CLINICHE NELLE PAZIENTI OPERATE (OSTETRICHE E GINECOLOGICHE) E NELLA GESTIONE DELLA PATOLOGIA OSTETRICA

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

Il Responsabile di struttura

Unità Operativa
GINECOLOGIA e OSTETRICIA
Ospedale San Francesco
Assl Nuoro

Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIO.

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 firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	10/10/2023
P.O./Distretto	P.O. San Francesco
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Responsabile di struttura	Dott. A. O. Succu
Referente	Dott.ssa F. Murgia Coordinatrice
Telefono	
Email	f.murgia@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Frigoriferi per conservazione farmaci +5°
Quantità richiesta	n.2
Costo presunto	
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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

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.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<p> <input checked="" type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariata (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE Apparecchiatura INFUNGIBILE </p>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza richiesti dall'attività clinica (corretta conservazione dei farmaci)

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

Il Responsabile di struttura

Unità Operativa
GINECOLOGIA e OSTETRICIA
Ospedale San Francesco
Assl Nuoro

Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIC

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 firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	10/10/2023
P.O./Distretto	P.O. San Francesco
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Responsabile di struttura	Dott. A. O. Succu
Referente	Dott.ssa F. Murgia Coordinatrice
Telefono	
Email	f.murgia@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	lettino ginecologio motorizzato
Quantità richiesta	6
Costo presunto	
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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		

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

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

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.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<p><input checked="" type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><input type="radio"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input type="radio"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</p> <p>Apparecchiatura INFUNGIBILE</p>
Breve descrizione della motivazione della richiesta* :	<p>Sostituzione di lettini danneggiati e obsoleti in U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia (2° e 3° piano P.O. San Francesco) indispensabili per la valutazione della paziente in sicurezza a garanzia del rischio clinico e della corretta movimentazione manuale dei carichi per gli operatori.</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 **INFUNGIBILITÀ** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

*Il Responsabile di struttura
Unità Operativa
GINECOLOGIA e OSTETRICIA
Ospedale San Francesco
Assl Nuoro
Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu*

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 firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	10/10/2023
P.O./Distretto	P.O. San Francesco
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Responsabile di struttura	Dott. A. O. Succu
Referente	Dott.ssa F. Murgia Coordinatrice
Telefono	
Email	f.murgia@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Lampade Scialitiche Ambulatoriali
Quantità richiesta	6
Costo presunto	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

Per le apparecchiature mediche 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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		

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

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

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.

Questa sezione serve per specificare eventuali risorse umane aggiuntive necessarie per l'installazione dell'apparecchiatura. Selezionare le opzioni che risultano più appropriate.

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.

Questa sezione serve per specificare eventuali spazi o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura. Selezionare le opzioni che risultano più appropriate.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<input checked="" type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE Apparecchiatura INFUNGIBILE
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	Sostituzione di 4 lampade obsolete e integrazione di ulteriori 2 lampade per allestimento di ulteriore spazio ambulatoriale in U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia (2° e 3° piano P.O. San Francesco) indispensabili per la corretta valutazione della paziente ginecologica /ostetrica

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

*Il Responsabile di Struttura
GINECOLOGIA e OSTETRICIA
Ospedale San Francesco
Asl Nuoro
Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu*

**Area Socio Sanitaria Locale di Nuoro
Distretto di Macomer**

ASL3 NUORO
NP 2023/2196 del 04/07/2023 ore 11:54
Mitt.: Distretto socio sanitario di Macomer
Ass.: Distretto socio sanitario di Nuoro
Class.: 1.1. Fasc.: 6 del 2023



Al Resp.le Servizio Provveditorato
Dr. Franco Casula

Servizio Ingegneria Clinica

Oggetto: Richiesta dotazioni Ambulatorio di Ginecologia e Ostetricia

Nel pieno rispetto dei requisiti organizzativi propri dei Consultori Familiari, si rende necessario dotare l'ambulatorio di Ginecologia, Ostetricia del Consultorio Familiare di Macomer dei presidi qui di seguito specificati.

LETTO GINECOLOGICO 2 SNODI: 180X60X78 CM

LAMPA MEDICALE LED – BRACCIO FLESSIBILE PER VISITA MEDICA

Lampada lumina a LED per visita medica dotata di braccio flessibile a 360° per studi medici, ambulatori e centri diagnostici.

DOPPLER FETALE AD ULTRASUONI

per individuare la frequenza cardiaca fetale (FCF) e il battito cariaco fetale (BFC)

Distinti Saluti

Direttore del Distretto
Dr.ssa Maria Giovanna Porcu

Maria Giovanna Porcu



MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA Ares 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)

AI Direttore del POU San Francesco – ASL N. 3 di Nuoro

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: CHIRURGIA D'URGENZA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _PROF. FEO CLAUDIO;

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 (economali, 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)
2				LAMPADA SCIALITICA
2				SEDIA DA UFFICIO
1				CARRELLO PER MEDICAZIONE
1				LETTINO DA VISITA

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 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/attrezzi 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 _____ 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: _____

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): _____

ASL N. 3 - Nuoro

Firma del Direttore POU San Francesco - ASL N. 3 / U.O. (o suo Delegato)

U.O. Chirurgia d'Urgenza

Direttore

Prof. Claudio Feo

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancati nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

ATSS Sardegna - ASL 3 Nuoro
Ospedale San Francesco di Paola Nuoro
Firma Direttore POU San Francesco
Direzioni Sanitaria
Dirigente Medico
Dott. Amjad Al Omari

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE
MODULO

Si chiude 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 Seguentente indirizzo: tecnologia@aslnuoro.it firmata e protocolloata.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

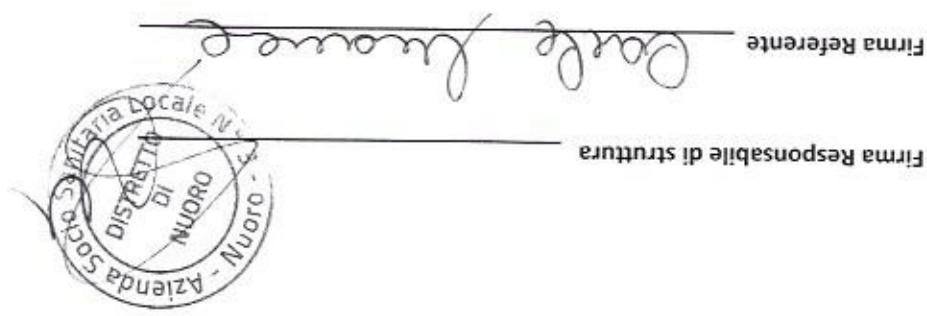
DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
<p>Motivazione della richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> <u>SOSTITUZIONE</u> apparecchiatura inventaritare (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> <u>INTEGRAZIONE</u> apparecchiatura già in uso (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <u>APPARECCHIATURA DI NUOVA INTRODUZIONE</u> (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p>	

<p>RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Se Sì, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.</p>																												
<p>RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Se Sì, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.</p>																												
<p>MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> X</p>																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrizione Materiale</th> <th>Quantità annua</th> <th>Costo annuo (vato)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (vato)																								
Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (vato)																										

- *In caso di SOSTITUZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- | DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA | APPARECCHIATURA INFUNGIBILE | Breve descrizione della richiesta* |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> APPARECCHIATURA INFUNGIBILE | <ul style="list-style-type: none"> Nuove prestazioni: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approcchio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate. | <ul style="list-style-type: none"> Innovazione: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o, al caso, il mantenimento della produzione con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Prodotuttività: L'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette di aumentare il numero delle prestazioni con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici. | <ul style="list-style-type: none"> Nuove prestazioni: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approcchio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate. |
- In caso di NUOVA INTRODUZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- Aggiornamento tecnologico:** Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di garantire incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).
 - Miglioramento produttività/qualità:** Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per imagingi per esempio si richiede l'integrazione di un monitor multparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
 - 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 multparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- In caso di INTEGRAZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- Prestazioni inadeguate:** Il mantenimento in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni garantisce soluzioni più evolute in grado di affidabilità e di efficienza manuteniva.
 - Scarsa produttività:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato ne il grossi impatti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manuteniva.
 - Obsolescenza:** L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
 - 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 credibilità strutturale irrimediabili che per garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.

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

<p>Breve descrizione della richiesta*</p> <p>Nuove prestazioni: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approcchio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.</p>
<p><input type="checkbox"/> APPARECCHIATURA INFUNGIBILE</p>



In caso di INFUNGINIBILITÀ, si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infunginibilità.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE
MODULO

MODULO RICHIESTA APPARECCHIAZURE BIOMEDICHE

RICHIEDENTE		Data richiesta	P.O./Distretto	Struttura richiedente (U.O. - Centro di Costo)	Casa Di Comunità / Consulterio Familiare	Referente	Carla Mancuso	Telefono	0784/240081/ 2996/2998	Quantità richiesta	N. 2	Costo presunto (comprendivo di IVA)	livello di priorità della richiesta	RISORSE AGGREGATIVE	Per le Apparecchiature biomediche specifiche le risorse aggregate (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																	
ACCESORI: L'apparecchiatura necessaria di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?		es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)																
DESCRIZIONE		Quantità	Costo (ivato)															

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rimandare 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 fatta a protocollo.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

<p>DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA</p> 	<p>Motivazione della richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariata (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> APPARECCHIATURA DI NUOVA INTRODUZIONE dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____</p>
---	---

<p>RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamento impiantistico?</p> 	<p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Se Sì, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.</p>																											
<p>RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?</p> 	<p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Se Sì, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.</p>																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Descrizione Materiale</th> <th style="padding: 5px;">Quantità annua</th> <th style="padding: 5px;">Costo annuo (vato)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (vato)																								
Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (vato)																										
<p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?</p>																												

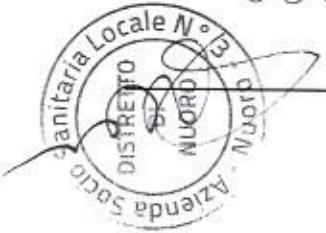
- *In caso di SOSTTUZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- | DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA | APPARECCHIATURA INFUNGIBILE | Breve descrizione della richiesta* |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> 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 panierello delle prestazioni erogate. |
| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA | APPARECCHIATURA INFUNGIBILE | Breve descrizione della richiesta* |
- In caso di INTEGRAZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- Aggiornamento tecnologico:** Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di garantire incrementare qualità/prestazioni stessa).
 - Miglioramento produttività/qualità:** Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per imagingi per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di monitor multparametrici facente parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
 - 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 multparametrici facente parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- In caso di NUOVA INTRODUZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- Prodottività:** L'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni, al caso, il mantenimento delle produzioni con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.
 - Innovazione:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il panierello diagnostico-terapeutico.
 - 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 panierello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci.

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

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

Firma Referente *Claire Juvane*

Firma Responsabile di struttura *Claire Juvane*



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE
MODULO

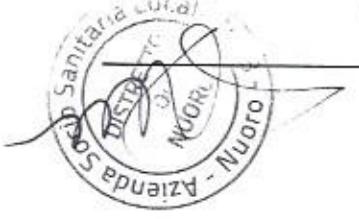
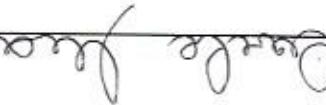
Si chiude di compilare il file in tutte le sue parti, in seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: **Struttura_Presidio_2022** cui è riferito (es. Cardiologia_Sanfrancesco_2022.doc) e inviare via e-mail al seguente indirizzo: tecnologia@aslnuoro.it firmata e protocolloata.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURA BIOMEDICHE

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA																													
<p>Motivazione della richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariata (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> INTEGRAZIONE apparecchiatura già in uso (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> APPARECCHIATURA di NUOVA INTRODUZIONE del'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p>																													
<p>RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamento impiantistico?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Se sì, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.</p>																													
<p>RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>Se sì, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.</p>																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrizione Materiale</th> <th>Quantità annua</th> <th>Costo annuo (vato)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (vato)																								
Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (vato)																											
<p>MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p>																													

- *In caso di **SOSTISSIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- | DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA | APPARCCHIATURA INFUNGIBILE |
|---|--|
| <p>Nuove prestazioni: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.</p> <p>Nuove prestazioni: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.</p> <p>Produttività: L'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantenne l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento delle produzioni con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.</p> <p>Innovazione: L'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello diagnostico-terapeutico.</p> | <p>Innovazione: L'apparecchiatura non si sostituisce una delle motivazioni sotto elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento produttività/qualità: Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di garantire esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di migliorare incrementare qualità/prestazioni stessa). ▪ Aggiornamento tecnologico: Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di garantire aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda. ▪ Innovazione: L'aumento delle prestazioni di un'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico che permettono innovativi approcci delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono di ampliare il pannello diagnostico-terapeutico. ▪ Produttività: L'aumento del numero delle prestazioni, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantenne l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento delle produzioni con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione. |
- In caso di **INTEGRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- **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 più evolute in grado di ridurre i problemi di affidabilità e di efficienza manutenibile.
 - **Ossolezzoza:** 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 manutenibile.
 - **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 credibilità strutturale irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- In caso di **INTERRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:
- **Carica 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 più evolute in grado di ridurre i problemi di affidabilità e di efficienza manutenibile.
 - **Aggiornamento tecnologico:** Si richiede l'integrazione di un hardware/software in grado di garantire incremento di monitoraggio centralizzato.
 - **Innovazione:** L'aumento delle prestazioni di un'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico che permettono di ampliare il pannello diagnostico-terapeutico.

In caso di INFUNGINIBILITÀ si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infunginibilità.	
Firma Responsabile di struttura	
Firma Referente	



ASLNuoro

**MODULO
RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE
BIOMEDICHE**



**MODULO
RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

Per la richiesta di apparecchiature biomediche è necessario compilare questo modulo e inviarlo alla Direzione Generale della Pubblica Assistenza dell'ASL Nuoro.

Il modulo deve essere compilato con chiari e leggibili caratteri. I campi vuoti non vengono considerati.

Per ogni campo si consiglia di indicare il nome del dispositivo, la sua funzione, il prezzo di riferimento e le specifiche tecniche.

La richiesta deve essere accompagnata da una documentazione tecnica dettagliata del dispositivo richiesto.

La richiesta deve essere inviata al seguente indirizzo:

**DIREZIONE GENERALE DELLA PUBBLICA ASSISTENZA
ASL NUORO
Via XX settembre, 10 - 09010 NUORO (OR) - ITALIA**

**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

RICHIEDENTE	
Data richiesta	3. 12. 2022
P.O./Distretto	DISTRETTO NUORO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	CASA DELLA SALUTE DI GAVOI
Responsabile struttura	DOTT.SSA GESUITA CHIARUCCI
Referente	CARLA RAUCA
Telefono	070-240998 -
Email	DISTRETTO.NUORO@ASLNUORO.IT

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	LAMPADA SCIALITICA
Quantità richiesta	N° 1
Costo presunto (comprensivo di IVA)	/
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

Per le Apparecchiature mediche 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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariata (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="checkbox"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="checkbox"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE <input type="checkbox"/> Apparecchiatura INFUNGIBILE
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	La CASA delle Salute di Gavoi è spouusta di fare parte Svalice nell'ambulatorio dello Sceruff.

*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

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (ivato)
TOTALE		

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

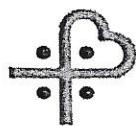
Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.



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



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

RICHIEDENTE	
Data richiesta	9.09.2022
P.O./Distretto	Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	Casa dello Salute Nuoro
Responsabile struttura	Dott.ssa Gesuina Chiarati
Referente	Carla Mancuso
Telefono	070 4240796 / 240998
Email	distretto.nuoro@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Lettino Elezioso
Quantità richiesta	N° 19
Costo presunto (comprensivo di IVA)	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

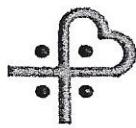
Per le Apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (ivato)
TOTALE		

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.



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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

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

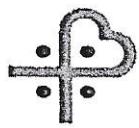
- **Insicurezza:** L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- **Obsolescenza:** 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 **INFUNGIBILITÀ** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.



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

RICHIEDENTE	
Data richiesta	9.09.2022
P.O./Distretto	NUORO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	Casa delle Salute NUORO
Responsabile struttura	Dott.ssa Gesuina Citterchi
Referente	Carla Nuccie
Telefono	070.240796 / 240998
Email	Distretto.Nuoro@ASLNuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	L'ampolla salutare per i pazienti con ambulatoriale
Quantità richiesta	N° 6
Costo presunto (comprensivo di IVA)	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

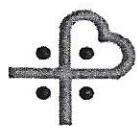
Per le Apparecchiature mediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

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...)

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (ivato)
TOTALE		

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.



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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

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