

# 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](mailto: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 MATTA      |
| 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<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Bassa |               |
| 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:                             |   |               |
| <b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...) |   |               |
| <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO  |   |               |
| Descrizione   | Quantità  | Costo (ivato) |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
| <b>TOTALE</b>   |   |               |

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

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo |
|-----------------------|----------------|-------------|
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
| <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.

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA                           |   |
|---|---|
| Motivazione della richiesta                           | <input type="radio"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)<br><input type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)<br><input checked="" type="radio"/> <b>Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</b><br><input type="radio"/> <b>Apparecchiatura INFUNGIBILE</b> |
| Breve descrizione della motivazione della richiesta*: | PROSSIMA APERTURA DELL'AMB SEE AND TREAT<br>PER IL TRATTAMENTO DEI CODICI MINORI IN PRONTO<br>SOCCORSO + NUOVO AMBULATORIO MEDICO PS<br>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 **INFUNGIBILITA'** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

*PER IL*

**Il Responsabile di struttura**

*[Signature]*  
**ASL M. 3 - Nuoro**  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
~~U.O. Pronto Soccorso - OB~~  
Dirigente Medico  
**Dott.ssa Mariangela Mariani**

# MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

ASL3 - Nuoro  
Data: 2023-12-19 11:16:33.0, NP/2023/3980

## 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<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Bassa |               |
| 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:                             |   |               |
| <b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...) |   |               |
| <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO  |   |               |
| Descrizione   | Quantità  | Costo (ivato) |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
| <b>TOTALE</b>   |   |               |

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**
**MATERIALE DI CONSUMO:** L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

☐ SI    ☒ NO

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo |
|-----------------------|----------------|-------------|
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
| <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.

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA                           |  |
|---|--|
| Motivazione della richiesta                           | <p><b>SOSTITUZIONE apparecchiature inventariate</b> (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><b>INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso</b> (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input checked="" type="radio"/> <b>Apparecchiatura di <u>NUOVA INTRODUZIONE</u></b></p> <p>Apparecchiatura <b><u>INFUNGIBILE</u></b></p> |
| Breve descrizione della motivazione della richiesta*: | <p>N.5 PER LA MEDICINA PENITENZIARIA DI BADU E CARROS</p> <p>N.1 PER LA MEDICINA PENITENZIARIA DI MAMONE</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***

DOTT.SSA GIANFRANCA PIREDDA

PIREDDA GIANFRANCA  
firmato digitalmente da PIREDDA  
GIANFRANCA  
Data: 2023.12.19 10:06:32 +01:00



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIONICHE**

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                                | 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<br><input type="radio"/> Media<br><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:   |          |               |
| <p><b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br/>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)</p> <p> <input checked="" type="radio"/> SI    <input type="radio"/> NO         </p> |          |               |
| 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        |               |
|  |          |               |
| <b>TOTALE</b>  |          |               |

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

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

☐ SI ☒ NO

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo |
|-----------------------|----------------|-------------|
| CARTA TERMICA         |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
| <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.



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

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

\*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*  
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](mailto: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<br><input type="radio"/> Media<br><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:                              |          |               |
| <b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...) |          |               |
| <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO  |          |               |
| Descrizione   | Quantità | Costo (ivato) |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
| <b>TOTALE</b>   |          |               |

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**
**MATERIALE DI CONSUMO:** L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

☐ SI    ☒ NO

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo |
|-----------------------|----------------|-------------|
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
| <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.



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA                           |  |
|---|--|
| Motivazione della richiesta                           | <input checked="" type="radio"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)<br><input type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)<br><input checked="" type="radio"/> <b>Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</b><br><b>Apparecchiatura INFUNGIBILE</b> |
| 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 **INFUNGIBILITA'** 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 ginecologia motorizzato   |
| Quantità richiesta                  | 6   |
| Costo presunto                      |   |
| Livello di priorità della richiesta | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><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) |
|---------------|----------|---------------|
|               |          |               |
|               |          |               |
|               |          |               |
|               |          |               |
|               |          |               |
|               |          |               |
| <b>TOTALE</b> |          |               |

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**
**MATERIALE DI CONSUMO:** L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

☐ SI    ☒ NO

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo |
|-----------------------|----------------|-------------|
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
| <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.



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

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

\*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*  
*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](mailto: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<br><input type="radio"/> Media<br><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:                              |   |               |
| <b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...) |   |               |
| <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO  |   |               |
| Descrizione   | Quantità  | Costo (ivato) |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
| <b>TOTALE</b>   |   |               |

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**
**MATERIALE DI CONSUMO:** L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

☐ SI    ☒ NO

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo |
|-----------------------|----------------|-------------|
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
|                       |                |             |
| <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.



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA                           |  |
|---|--|
| Motivazione della richiesta                           | <input checked="" type="radio"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)<br><input type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)<br><input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura di <b>NUOVA INTRODUZIONE</b><br>Apparecchiatura <b>INFUNGIBILE</b> |
| 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 **INFUNGIBILITA'** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

Il Responsabile della struttura  
**GINECOLOGIA e OSTETRICIA**  
Ospedale San Francesco  
Assl 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 cardiaco fetale (BFC)

Distinti Saluti

Direttore del Distretto  
Dr.ssa 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)**

**Al 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 (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica;
- 4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015    si            no

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| 2         |              |           |                    | LAMPADA SCIALITICA   |
| 2         |              |           |                    | SEDIA DA UFFICIO   |
| 1         |              |           |                    | CARRELLO PER MEDICAZIONE   |
| 1         |              |           |                    | LETTINO DA VISITA  |

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura NON deve essere di rilevanza ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 DI Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ARES, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ARES.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ARES, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

- 5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016    si            no

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ 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

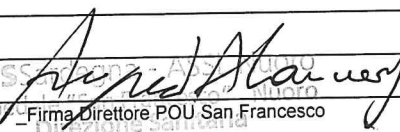
10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

**ASL N. 3 - Nuoro**  
Firma del Direttore del POU San Francesco - Nuoro (o suo Delegato)  
**U.O. Chirurgia d'Urgenza**  
Direttore  
**Prof. Claudio Feo**

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



  
Firma Direttore POU San Francesco  
Direzione Sanitaria  
Dirigente Medico  
Dott. Amjad Al Omary

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

**Firma del Direttore ASL 3 Nuoro**

# **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                                | 13/02/2023                              |
| P.O./Distretto                                | Distretto di Nuoro                      |
| Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo) | Casa Di Comunità /Consultorio Familiare |
| Responsabile di struttura                     | Dott.ssa Gianfranca Piredda             |
| Referente                                     | Carla Manca                             |
| Telefono                                      | 0784/240081/ 2996/2998                  |
| Email   | Distretto.nuoro@aslnuoro.it             |

| DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA        |   |
|-------------------------------------|---|
| Carrello Emergenza                  |   |
| Quantità richiesta                  | N. 1  |
| Costo presunto (comprensivo di IVA) |   |
| Livello di priorità della richiesta | <input type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Media<br><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?  
☐ SI ☐ NO  
(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

| Descrizione | Quantità | Costo (ivato) |
|-------------|----------|---------------|
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |

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

| Descrizione Materiale | Quantità annua | Costo annuo (Ivato) |
|-----------------------|----------------|---------------------|
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |

RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?  
☐ SI ☐ XNO  
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 ☐ XNO  
Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA

Motivazione della richiesta  
☐ SOSTITUZIONE apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: \_\_\_\_\_)  
☐ INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: \_\_\_\_\_)  
☒ X Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE

| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apparecchiatura INFUNGIBILE  |  |
| <p> <b>Breve descrizione della motivazione della richiesta*:</b> </p> <p> <b>* Nuove prestazioni:</b> 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.         </p> |  |

- **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.

- Incremento apparecchiature-scoria: 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.

**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.

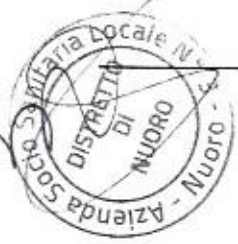
**Nuove prestazioni:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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

Firma Responsabile di struttura \_\_\_\_\_  
Firma Referente Carle Leone



# **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                                | 13/02/2023                              |
| P.O./Distretto                                | Distretto di Nuoro                      |
| Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo) | Casa Di Comunità /Consultorio Familiare |
| Responsabile di struttura                     | Dott.ssa Gianfranca Piredda             |
| Referente                                     | Carla Manca                             |
| Telefono                                      | 0784/240081/ 2996/2998                  |
| Email   | Distretto.nuoro@aslnuoro.it             |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA        |  |
| Lampada Scialitica                  |  |
| Quantità richiesta                  | N. 2   |
| Costo presunto (comprensivo di IVA) |  |
| Livello di priorità della richiesta | <input checked="" type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Media<br><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) |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |





| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Apparecchiatura INFUNGIBILE</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Nuove prestazioni:</b> 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.</li></ul> | <b>Breve descrizione della motivazione della richiesta*:</b> |

\*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-scora:** 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.

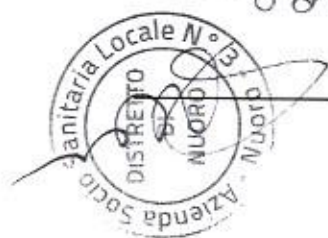
In caso di **NUOVA INTRODUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **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.
- **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.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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

Firma Responsabile di struttura \_\_\_\_\_  
Firma Referente Carle Placido



# **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 firmata e protocollata.

| RICHIEDENTE                                   |   |
|---|---|
| Data richiesta                                | 13/02/2023                              |
| P.O./Distretto                                | Distretto di Nuoro                      |
| Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo) | Casa Di Comunità /Consultorio Familiare |
| Responsabile di struttura                     | Dott.ssa Gianfranca Piredda             |
| Referente                                     | Carla Manca                             |
| Telefono                                      | 0784/240081/ 2996/2998                  |
| Email   | Distretto.nuoro@aslnuoro.it             |

| DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA        |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | Autoclave  |
| Quantità richiesta                  | N. 1   |
| Costo presunto (comprensivo di IVA) |  |
| Livello di priorità della richiesta | <input checked="" type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Media<br><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?  
☐ SI ☒ NO  
(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

| Descrizione | Quantità | Costo (Ivato) |
|-------------|----------|---------------|
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |
|             |          |               |



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

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

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

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


- richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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

Firma Responsabile di struttura

Firma Referente



MODULO

**RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

# **MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**



**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)

| RICHIEDENTE                                   |                             |
|---|-----------------------------|
| Data richiesta                                | 2. 12. 2022                 |
| P.O./Distretto                                | DISTRETTO NUORO             |
| Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo) | CASA DELLA SALUTE DI GAVOI  |
| Responsabile struttura                        | DOTT.SSA GESUINA CERCHI     |
| Referente                                     | CARLA MAJCA                 |
| Telefono                                      | 0784-240998 -               |
| 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<br><input type="checkbox"/> Media<br><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:                              |          |               |
| <b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...) |          |               |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |          |               |
| Descrizione   | Quantità | Costo (ivato) |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
|   |          |               |
| <b>TOTALE</b>   |          |               |

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

| DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA                           |   |
|---|---|
| Motivazione della richiesta                           | <input type="checkbox"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)<br><input type="checkbox"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</b><br><input type="checkbox"/> <b>Apparecchiatura INFUNGIBILE</b> |
| Breve descrizione della motivazione della richiesta*: | <p>La CASA delle Salute di Gavoi è sprovvista di lampade Svaltee nell'ambulatorio dello Screening.</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.

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) |
|-----------------------|----------------|---------------------|
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
|                       |                |                     |
| <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.

## **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.



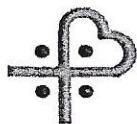
**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

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)

| 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 Gervina Cheruti    |
| Referente                                     | Carla Mance                 |
| Telefono                                      | 0784-240796 / 240998        |
| Email   | Distretto.Nuoro@ASLNUORO.IT |

| DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA  |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|---|--|---------------|----------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|
| Tipologia apparecchiatura   | LETINO Elettrico   |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| Quantità richiesta  | N° 19  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| Costo presunto (comprensivo di IVA)   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| Livello di priorità della richiesta   | <input checked="" type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Media<br><input type="checkbox"/> Bassa |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| RISORSE AGGIUNTIVE  |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| <p>Per le Apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:</p> <p><b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br/>(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)<br/><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table border="1"><thead><tr><th>Descrizione</th><th>Quantità</th><th>Costo (ivato)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td><b>TOTALE</b></td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> |  | Descrizione   | Quantità | Costo (ivato) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>TOTALE</b> |  |  |
| Descrizione   | Quantità   | Costo (ivato) |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| <b>TOTALE</b>   |  |               |          |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |





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"/> <u>SOSTITUZIONE</u> apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)<br><input type="checkbox"/> <u>INTEGRAZIONE</u> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)<br><input checked="" type="checkbox"/> Apparecchiatura di <u>NUOVA INTRODUZIONE</u><br><input type="checkbox"/> Apparecchiatura <u>INFUNGIBILE</u> |
| Breve descrizione della motivazione della richiesta*: | NUOVA Apparecchiatura<br>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 **INFUNGIBILITA'** 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](mailto: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 Cherchi   |
| Referente                                     | Carlo Mance                |
| Telefono                                      | 0784-240796 / 240998       |
| Email   | Asicetto.Nuoro@ASLNUORO.IT |

| DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA   |  |               |
|--|--|---------------|
| Tipologia apparecchiatura  | Lampade Sterilizzanti portatili e Ambulatoriale  |               |
| Quantità richiesta   | N°6  |               |
| Costo presunto (comprensivo di IVA)  |  |               |
| Livello di priorità della richiesta  | <input checked="" type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Media<br><input type="checkbox"/> Bassa |               |
| RISORSE AGGIUNTIVE   |  |               |
| <p>Per le Apparecchiature biomedicali specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:</p> <p><b>ACCESSORI:</b> L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?<br/>           (es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |  |               |
| Descrizione  | Quantità   | Costo (ivato) |
|  |  |               |
|  |  |               |
|  |  |               |
|  |  |               |
|  |  |               |
| <b>TOTALE</b>  |  |               |



**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.



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

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

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.