ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

S.C. Qualità, governo clinico e gestione dei processi clinici e logistici
Ingegneria Clinica
Via Demurtas, 1 - 08100 Nuoro

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

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	
P.O./Distretto	
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	
Responsabile di struttura	
Referente	
Telefono	
Email	

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	ALETHIA STRUMENTO DI AMPLIFICAZIONE LAMP -COD.610189
Quantità richiesta	1
Costo presunto	IN COMODATO D'USO GRATUITO
Livello di priorità della richiesta	◯ **Alta** ◯ **Media** ◯ **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)
ALETHIA STAMPANTE-COD.610196	1	0,00
ALETHIA BLOCCO TERMOSTATICO-COD.TDB100	1	0,00
MICROCENTRIFUGA 2,0ML TUBE COD.BSMICROSPIN12	1	0,00
ALETHIA MINI TASTIERA DEDICATA COD.610174	1	0,00
ALETHIA ASSAY WORKSTATION COD.610168	1	0,00
TOTALE	5	0,00

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	◯ **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: _____) **Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE** **Apparecchiatura INFUNGIBILE**
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	

*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

_____

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DIRETTORE GENERALE
Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Serafinangelo ponti

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco Pittalis

Servizio di Farmacia Ospedaliera - Nuoro
Direttore S.C.
Dott.ssa Paola Chessa

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

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

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

Nuoro, 17.07.23 prot. n. 2351

al Dir. ff Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c.
al Dir.Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
Al Dir. Laboratorio Analisi ASL Nuoro
Alla Dottssa Sara Sanna Farmacia San Francesco

loro sedi

Oggetto: richiesta acquisto reagenti per strumentazione ALETHIA

Vista la richiesta del Direttore del Laboratorio Analisi del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede l'attivazione di una procedura d'acquisto per i reagenti complementari all'utilizzo dell'apparecchiatura la cui richiesta per il comodato d'uso gratuito è già in corso, utili ad eseguire, con tecnologia innovativa attualmente non presente nel laboratorio analisi del P.O. San Francesco, l'esecuzione di determinazioni per diagnosi microbiologiche di infezioni causate da germi altamente patogeni, gestione sepsi e per ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dottssa Paola Chessa
Pietrina Deiana

17/7/23
DSH PROV

Servizio di Farmacia Ospedaliera
Via Mannironi 08100 Nuoro
Tel. 0784 240215
farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASLNuoro

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS o per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
(R.F. Tabella 3 allegato alla Deliberazione D.G. ATS n° 809 del 15/05/2018)

ASL3 NUORO
[illegible] del 30/06/2023 ore 09:49
Protocollo Pratiche
Ref. Servizio Giuridico Amministrativo

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: Richiesta d'acquisto
NB: al fine di la privacy (dati sensibili non indicare nel estremi anagrafici di assistiti/pazienti richiesta (solo iniziale nome e iniziale cognome)

1) U.O. RICHIEDENTE: Medicina di Laboratorio

2) DIRETTORE RICHIEDENTE: Dott. M Cristina Cardu

3) nel rispetto del suddetto Servizio/U.O. si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interessa) e 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 (barrare) o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica;

4) Trattasi di non beni da adottare 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)
12			CND W0105010106-Rep.1775037/R	ALETHIA CHLAMYDIA 50 TEST EURO 400,00+IVA COD.480450
12			CND W0105990101-Rep.1258300/R	M-PREP DNA SAMPLE PREPARATION 50 TEST EURO 250,00+IVA COD.2SE110
12			W05019099-Rep.1266871/R	M SWAB 50 PZ EURO 100,00+IVA 6E028N.MER
2			W0105010203-repertorio 1773673/R	ALETHIA GONORRHEA 50 TEST EURO 400,00+IVA COD.480850
2			CND W0105990101-Rep.1258300/R	M-PREP DNA SAMPLE PREPARATION 50 TEST EURO 250,00+IVA COD 2SE110
2			W05019099-Rep.1266871/R	M SWAB 50 PZ EURO 100,00+IVA 6E028N.MER
12			CND W0105010803 - N. Rep.1773606/R	ALETHIA MYCOPLASMA DIRECT 50 TEST EURO 850,00+IVA COD.480250
12			CND V9099 - rep n. 1595954	BD THROAT SWAB 50 PZ. IN SCONTO MERCE COD.BD220099
1			W0105011102-REP N°1773543/R	ALETHIA STREPTOCOCCUS A(GAS) 50 TEST EURO 750,00+IVA COD.480150
1			CND V9099 - rep n. 1595954	BD THROAT SWAB LIQUID STUART+SPONGE 50 PZ. IN SCONTO MERCE
2			CND W0105011607-REP. 1773642/R	ALETHIA PERTUSSIS 50 TEST 850,00+IVA COD.480750
1			CND V9099 - Rep. n. 398337	FLOQ SWAB 100PZ IN SCONTO MERCE COD. C-553C
5			CND W0105011102 - Rep. n. 1773622/R	ALETHIA STEPTOCOCCUS B(GBS) 50 TEST 750,00+IVA COD.480350

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

2			W0104010306	LIM BROTH 20 TEST EURO 40,00+IVA COD.24135
1			CND V9099 - rep n. 1595954	BD THROAT SWAB LIQUID STUART+SPONGE 50 PZ. IN SCONTO MERCE COD.BD220000
7			(CND W0105011602-Rep.1773533/R	ALETHIA C.DIFFICILE 50 TEST EURO 900,00+IVA COD.480050
4			CND W0105040311-REP.1773638/R	ALETHIA HSV 1&2 25 TEST EURO 850,00+IVA COD.480850
2			CND V9099 - Rep. n. 396337	FLOQ SWAB 100PZ in sconto merce COD. C-553C
3			(CND W0104050202 Repertorio 1773646/R	ALETHIA MALARIA 25 TEST EURO 625,00+IVA COD.480025
2			CND W0105040205 - Rep. 1847971/R	ALETHIA CITOMEGALOVIRUS 25 TEST EURO 625,00+IVA COD.481325
1			CND V9099 - Rep. n. 396337	FLOQ SWAB 100PZ in sconto merce COD. C-553C
				Totale fornitura euro 39.895,00

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto la suscitata 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 provvederà 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/RDY/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; per lotti: si no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI (vedasi allegato _____

8) COSTO PRESUNTO: Vedasi dettaglio in allegato

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (ad esempio delle schede tecniche, preventivi): _____

www.aslnuoro.it

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

ASL N. 3 - Nuoro
Dipartimento dei Servizi Ospedalieri
U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore
Dott. Peppino Pani

Firma del Direttore Dipartimento

N.B.: *Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzi la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.*

PARTE RISERVATA ALLA *Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro* (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta al fine della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL Nuoro (Eventuale eventuale note e/o elementi mancanti nella richiesta al fine della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Dirigente Farmacista
Drssa Pietrina Deiana

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASL3 NUORO
/2023/19376 del 30/06/2023 ore 10:49
tt : Laboratorio Analisi
st : ARES SC INGEGNERIA CLINICA
ass : 5 Fasc. 8 del 2023

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 <u>firmato e protocollato</u> all'Ingegneria Clinica via mail al seguente indirizzo: **tecnologia@aslnuoro.it** firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	29/*06/2023
P.O./Distretto	San Francesco Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O. Medicina di Laboratorio
Responsabile di struttura	Dott. M.Cristina Garau
Referente	Dott. Maura Fiamma
Telefono	3284187729
Email	mariacristina.garau@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	ALETHIA STRUMENTO DI AMPLIFICAZIONE LAMP -COD.610189
Quantità richiesta	1
Costo presunto	IN COMODATO D'USO GRATUITO
Livello di priorità della richiesta	(●) Alta ( ) Media ( ) 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)
ALETHIA STAMPANTE-COD.610196	1	0,00
ALETHIA BLOCCO TERMOSTATICO COD.TDS100	1	0,00
MICROCENTRIFUGA 2.0ML TUBE COD.BSMICROSPIN2	1	0,00
ALETHIA MINI TASTIERA DEDICATA COD.610174	1	0,00
ALETHIA ASSAY WORKSTATION COD.610168	1	0,00
TOTALE	5	0,00

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

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.

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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: _____) ◯ **Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE** **Apparecchiatura INFUNGIBILE**
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	Nuova introduzione, diagnosi microbiologica infezioni causate da germi altamente patogeni, gestione SEPSI, Nuove prestazioni: l'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, rappresenta un'innovazione dal punto di vista tecnologico e dell'approccio diagnostico-terapeutico, permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

*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.

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

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.

ASL3 - Nuoro
Data: 17/07/2023 10:32:36 NP/2023/0002351

Il Responsabile di struttura

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Servizio di Laboratorio Analisi
Direttore
Dott.ssa Maria Cristina Garau