


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	12/03/2024
P.O./Distretto	P.O. CESARE ZONCHELLO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	U.O. DERMATOLOGIA
Responsabile di struttura	DOTT.SSA MARIA GIOVANNA ATZORI
Referente	DOTT.SSA MARIA GIOVANNA ATZORI
Telefono	
Email	mariagiovanna.atzori@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	SISTEMA DI VIDEODERMATOSCOPIA TOT
Quantità richiesta	1
Costo presunto	60.000,00
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

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

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

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

SI NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
TOTALE		

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

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

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?

SI NO

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

RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?

SI NO

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

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<input type="radio"/> SOSTITUZIONE apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE Apparecchiatura INFUNGIBILE
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	<p>Dalle linee guida e dall'analisi della letteratura si evince che la total Body Photogrophy con l'esame sequenziale può permettere un'identificazione precoce del melanoma in soggetti ad alto rischio: pazienti con più di 60 nevi melanocitici, pazienti con mutazione CDKN2A o altre varianti genetiche ad alto rischio per melanoma, pazienti con più di 40 nevi melanocitici e storia personale di melanoma, pazienti con più di 40 nevi melanocitici e capelli rossi e /o mutazione MC1R, pazienti con più di 40 nevi melanocitici e storia di trapianto d'organo. Sistema imaging dermoscopic total body consigliata da praticare nei pazienti a rischio nel PDTA Melanoma ASL 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.

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

ATZORI
MARIA
GIOVANN
A

Firmato
digitalmente da
ATZORI MARIA
GIOVANNA
Data: 2024.04.10
14:01:46 +02'00'