

# MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

ASL3 - Nuoro  
Data: 2024-04-12 09:20:44.0, PG/2024/12166

**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	
P.O./Distretto	SAN FRANCESCO ASL 3 NUORO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	CHIURGIA VASCOLARE
Responsabile di struttura	COSTANTINO LUCA D'ANGELO
Referente	COSTANTINO LUCA D'ANGELO
Telefono	328-5926809
Email	COSTANTINOLUCA.D'ANGELO@ASLNUORO.IT

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	LEADA L 15-7 MHz
Quantità richiesta	1
Costo presunto	15.000 EURO
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)
<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
<i>COPRISONDA</i>		
<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> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input checked="" type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: <u>NU-003270</u> ) <input type="radio"/> Apparecchiatura di <b>NUOVA INTRODUZIONE</b> <input checked="" type="radio"/> Apparecchiatura <b>INFUNGIBILE</b>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	<p>ACQUISIZIONE DI SONDA CHE PERMETTA IL CONTROLLO DI QUALITÀ INTRAOPERATORIA SOPRATTUTTO PER QUEL CHE RIGUARDA L'ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA E I BYPASS PERIFERICI *</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.

\* QUESTA SONDA PERMETTEREBBE DI RILEVARE  
 PROBLEMATICHE INTRAOPERATORIE ED EFFETTUARE  
 L'EVENTUALE CORREZIONE, MIGLIORANDO  
 ULTERIORMENTE I RISULTATI

## 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**

Costantino  
Luca Di  
Angelo  
15/03/2024  
13:01:24  
GMT+00:00