

Alla C.A. della Dott.ssa Stefania Cabiddu  
S.C. Provveditorato  
ASL n. 3 Nuoro

ASL3 NUORO  
PG/2024/22309 del 12/07/2024 ore 09:33  
Mitt.: SC Direzione medica di Presidio P...  
Ass.: SC Provveditorato  
Class.: 5.



oggetto: richiesta n.1 barella

Gent.ma Dott.ssa S. Cabiddu,  
si richiede la fornitura di n. 1 barella per il trasporto dei pazienti dall'U.O.  
di Oculistica al Blocco Operatorio e viceversa.

Cordiali saluti

Il Responsabile della S.C. di Oculistica  
Dott. Michele Francesco Loi



*Verdini  
anche forniture  
inviato nel 2022-2023*

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**  
**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA ATS 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)*

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

**Oggetto: Richiesta d'acquisto BARELLE OLEODINAMICHE**

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: \_\_\_\_\_ NEUROCHIRURGIA \_\_\_\_\_;
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_ CLAUDIO BERNUCCI \_\_\_\_\_;
- 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)
3				<b>BARELLE OLEODINAMICHE CON:</b> 4 RUOTE PIROETTANTI, SOLLEVAMENTO PER REGOLAZIONE IN ALTEZZA, TRENDELEMBURG E CONTRO TRENDELEMBURG, ASTA PORTA FLEBO, SPONDE A SCOMPARSA, MANIGLIONI LATO TESTA/PIEDI, RIPIANO PORTA ACCESSORI

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): \_\_\_\_\_

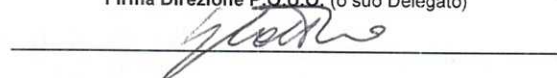
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)  


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 evidenzia 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 ai fini 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 ASL Nuoro** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

\_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_

ASL3 - Nuoro  
Data: 18/06/2024 09:26:58 PG/2024/0019450


**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	27/10/2023
P.O./Distretto	NUORO
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	ONCOLOGIA
Responsabile di struttura	MARIA GIUSEPPA SAROBBA
Referente	ANNA MARIA MULAS
Telefono	3405624844
Email	annamaria.mulas@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	BARELLA CON SOLLEVAMENTO VERTICALE
Quantità richiesta	1
Costo presunto	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa

**RISORSE AGGIUNTIVE**

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

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

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

SI  NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
<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: <u>ATS 0007377</u> ) <input type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input type="radio"/> Apparecchiatura di <b>NUOVA INTRODUZIONE</b> <input type="radio"/> Apparecchiatura <b>INFUNGIBILE</b>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	<b>INSICUREZZA E OBSOLESCENZA</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*

ATSSardegna --ASL Nuoro  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. Oncologia  
Direttore  
Dott.ssa Maria Giuseppina Sarobba



**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	31/03/2022
P.O./Distretto	P.O. San Francesco Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	Nefrologia e Dialisi
Responsabile struttura	Francesco Logias
Referente	Emanuel Fois
Telefono	0784/240259 – 0784/240243 – 0784/240436
Email	emanuel.fois@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Barella Elettrica 4 sezioni
Quantità richiesta	1
Costo presunto (comprensivo di IVA)	€ 13.600,00
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Alta</b> <input type="checkbox"/> <b>Media</b> <input type="checkbox"/> <b>Bassa</b>

**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 (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	
<b>Motivazione della richiesta</b>	<input type="checkbox"/> <b>SOSTITUZIONE apparecchiature inventariate</b> (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="checkbox"/> <b>INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso</b> (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input type="checkbox"/> <b>Apparecchiatura di <u>NUOVA INTRODUZIONE</u></b> <input type="checkbox"/> <b>Apparecchiatura <u>INFUNGIBILE</u></b>
<b>Breve descrizione della motivazione della richiesta*:</b>	Barella ad altezza variabile oleodinamica su colonne telescopiche, con piano rete articolato in 4 sezioni realizzate in materiale radiotrasparente. Schienale ad inclinazione regolabile mediante una molla a gas. Movimenti di Trendelenburg e contro Trendelenburg oleodinamici azionati con pedali. Dotata di serie di una coppia sponde a compasso regolabili manualmente in altezza. Sistema di trazione elettrica per mezzo di 5 <sup>a</sup> ruota, con sistema di frenata automatica in rilascio. Comandi posizionati a lato testa e integrati nei maniglioni abbattibili, completa di materasso, asta porta flebo

\*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:

## MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

- **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.

**FOIS**  
**EMANUEL**

Firmato digitalmente  
da FOIS EMANUEL  
Data: 2022.03.31  
14:01:53 +02'00'

**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: Struttura\_Distretto/Presidio\_2023 cui è riferito (es. *Cardiologia\_SanFrancesco\_2023.pdf*) e inoltrarlo firmato e protocollato all'Ingegneria Clinica via mail al seguente indirizzo: [tecnologia@aslnuoro.it](mailto:tecnologia@aslnuoro.it) firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	05/04/2024
P.O./Distretto	Distretto Siniscola
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	Poliambulatorio Orosei - Punto prelievi
Responsabile di struttura	Dott.ssa Licia Abbruzzese
Referente	Dott.ssa Licia Abbruzzese
Telefono	3397584477
Email	licia.abbruzzese@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA		
Tipologia apparecchiatura	POLTRONCINE ELETTRICHE DEDICATE PUNTO PRELIEVI	
Quantità richiesta	2	
Costo presunto	€	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa	
RISORSE AGGIUNTIVE		
Per le apparecchiature 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? (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>		



2 POLTRONCINE PRELIEVI  
OROEI

# MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

**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	
<b>Motivazione della richiesta</b>	<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><b>Apparecchiatura <u>INFUNGIBILE</u></b></p>
<b>Breve descrizione della motivazione della richiesta*:</b>	<p>Innovazione (l'apparecchiatura permette di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici), Produttività (permette l'aumento del numero delle prestazioni) nonché sicurezza per i pazienti che eseguono il prelievo.</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**

ASL Nuoro-Distretto di Siniscola  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Licia Abbruzzese

---



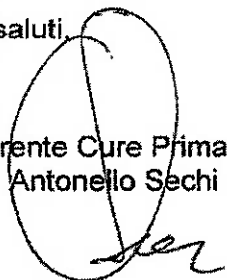
Al Direttore Generale  
Al Direttore Sanitario  
Al Direttore Amministrativo

Oggetto: Acquisto poltrona per prelievo di sangue.

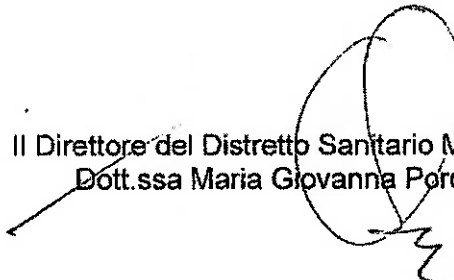
Per opportuna conoscenza, si informano le SS.LL. in merito alla necessità di dotare il punto prelievi interno del Distretto Sanitario di Macomer di N.2 poltrone per il prelievo di sangue, al fine di soddisfare i requisiti tecnologici specifici evitando, nel contempo, situazioni di reale pericolo per la salute dei pazienti.

Distinti saluti,

Il Referente Cure Primarie  
Dott. Antonello Sechi



Il Direttore del Distretto Sanitario Macomer  
Dott.ssa Maria Giovanna Porcu



PROV  
S