



**ASL Nuoro**

Azienda socio-sanitaria locale

ASL NUORO

**ASL3 NUORO**  
PG/2023/32152 del 30/10/2023 ore 16:57  
Mitt: AREA OSPEDALIERA  
Dest: ASL NUORO INGEGNERIA CLINICA  
Class: 5 Fasc: 8 del 2023



# MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE



**MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIK**

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                                | 19/10/2023                |
| P.O./Distretto                                | PO San Francesco          |
| Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo) | SC Ematologia             |
| Responsabile di struttura                     | Angelo D. Palmas          |
| Referente                                     | Piras/Uras/Asproni        |
| Telefono                                      | 0784 240462               |
| Email                                         | labematologia@aslnuoro.it |

| DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA        |                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipologia apparecchiatura           | SISTEMA DI PCR in REALTIME - DX                                                                     |
| Quantità richiesta                  | 1                                                                                                   |
| 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) |
|-------------------------|----------|---------------|
| PC dedicato o integrato | 1        |               |
|                         |          |               |
|                         |          |               |
|                         |          |               |
| <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 |
|-------------------------|----------------|-------------|
| Piastre di calibrazione | da definire    |             |
| Plasticheria            | da definire    |             |
|                         |                |             |
|                         |                |             |
| <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>0012293</u> )<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*: | Obsolescenza<br>Scarsa produttività<br>Prestazioni inadeguate<br><br>Aggiornamento tecnologico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

\*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*

ATSSardegna - ASL Nuoro  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
  
Dirigente Medico  
Dott. Angelo Domenico Palmas



Al Direttore Generale della ASL Nuoro: Dott. Paolo Cannas

Al Servizio Provveditorato : Dott. Franco Mario Casula

Nuoro, 29 Dicembre 2023

**Oggetto:** Richiesta di rinnovo di noleggio del sequenziatore “DNA Genetic Analyzer mod 3500” (inv ATS NU-0012158- Ing Clinica Cod.0013357)

Con la presente, si richiede la proroga/rinnovo con upgrade (Marcatura CE-IVD,IVDR) del noleggio del sequenziatore “DNA Genetic Analyzer mod 3500” in uso presso l’UOC Ematologia e CTMO del Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro.

Si precisa che:

il rinnovo del noleggio del sequenziatore “DNA Genetic Analyzer mod 3500” era stato autorizzato con Determinazione Dirigenziale n. 7559 del 22/12/2021, in favore della Ditta Life Technologies Italia –Fil. Life Technologies Europe B.V., con scadenza al 31/12/2023.

Distinti saluti  
dottor Angelo Palmas  
Direttore SC Ematologia

