



**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	18/09/23
P.O./Distretto	" Q. Bonchello "
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	Pneumologia U.O. C
Responsabile di struttura	M. Cristina Monni
Referente	
Telefono	348 427244d
Email	marco.cristina.monni@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	SISTEMA MISURA OSSIDO NITRICO (NO) <del>Determinazione</del> OSSIDO NITRICO ESALATO
Quantità richiesta	1
Costo presunto	MEDINAR S.r.l.
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
Boccaglio NO breath	200	
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"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="radio"/> <b>Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</b> <input checked="" type="radio"/> <b>Apparecchiatura INFUNGIBILE</b>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	MISURA e Monitoraggio dell'Espressione in ASMA - POPCO e altre malattie Polmonari

\*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.

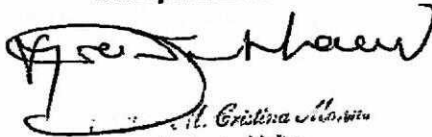
## MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

\*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**

  
Dr. Cristina Morini  
Dirigente Medico  
Unità Operativa Radiodiagnostica  
ASL3 - Nuoro

# MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

ASL3 - Nuoro  
Data: 2024-04-18 16:15:03.0, NP/2024/1529

**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	11/4/2024
P.O./Distretto	Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	casa della salute
Responsabile di struttura	Dott.ssa Gianfranca Piredda
Referente	Carla Manca - Grazia Sirca
Telefono	3400772629
Email	carla.manca@aslnuoro.it - grazia.sirca@asl

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA		
Tipologia apparecchiatura	SPIROMETRY FILTER 83	
Quantità richiesta	1	
Costo presunto		
Livello di priorità della richiesta	<input type="radio"/> Alta <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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
600 catucce		
<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="radio"/> <b>SOSTITUZIONE</b> apparecchiatura inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____) <input type="radio"/> <b>INTEGRAZIONE</b> apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____) <input checked="" type="radio"/> <b>Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</b> <input type="radio"/> <b>Apparecchiatura INFUNGIBILE</b>
<b>Breve descrizione della motivazione della richiesta*:</b>	<p>Evernoa® misura la FeNO secondo le raccomandazioni dell'American Thoracic Society (ATS) e dell'European Respiratory Society (ERS), in modo quantitativo, non invasivo e sicuro, nell'ambito della valutazione e del monitoraggio dei pazienti con patologie infiammatorie delle vie aeree. La FeNO è spesso aumentata in alcuni processi infiammatori delle vie aeree e spesso diminuisce in risposta alla terapia antinfiammatoria. La FeNO è un metodo per prevedere la probabilità di una risposta positiva ai glucocorticoidi per via inalatoria (IGC)</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*

  
Azienda Sanitaria Locale  
N° 3 - Nuoro  
**Distretto di Nuoro**  
Il Direttore F.F.  
*F.to Dott.ssa Gianfranca Piredda*