

DIPARTIMENTO MEDICINA

Dott. LUCA MORICONI

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.C. : PNEUMOLOGIA

SEDE: OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE S. CAMILLO DE LELLIS RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE  
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

**1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA**

N° 1 FRIGORIFERO PER FARMACI

N.B.: nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac – Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2015) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: circa 1.000 Euro

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO  SI  NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

.....

.....

5- NECESSITA' DI LAVORI EDILI/IMPIANTISTICI O INFORMATICI parere di massima

SI

NO

6- MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE

- Acquisto  Service/Comodato  Noleggio/Locazione/Leasing  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**7- LA TECNOLOGIA RICHIESTA RIENTRA NELLA SEGUENTE FATTISPECIE:**

- INNOVAZIONE** (trattasi di una apparecchiatura non presente nella mia Unità Operativa) in tal caso esplicitare con una relazione descrittiva l'efficacia clinica, l'appropriatezza della metodica, gli impatti sugli esiti e sui volumi tenuto conto dell'attuale disponibilità di personale, nonché l'eventuale esigenza di formazione
- POTENZIAMENTO** (trattasi di una apparecchiatura che consente un incremento di attività e/o un miglioramento della qualità) in tal caso specificare l'ambito:

- INTEGRAZIONE TECNOLOGICA** (apparecchiatura/tecnologia già presente in azienda, ma in numero considerato non congruo rispetto alla domanda) in tal caso indicare il numero delle apparecchiature presenti, la loro collocazione, il numero di esami diagnostici effettuati nell'ultimo triennio:

.....  
 .....  
 .....

- AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA IN USO** (up-grade);

- ADEGUAMENTO A NUOVE NORMATIVE** (in questo caso indicare i riferimenti normativi):

.....  
 .....  
 .....

- SOSTITUZIONE** (trattasi di una apparecchiatura da sostituire) specificare

Descrizione: \_FRIGORIFERO N° Inventario - ASL: 50792

Produttore: ZOPPAS Fornitore: \_\_\_\_\_

Modello: \_\_\_\_\_ Collocazione: c/o \_UOC PNEUMOLOGIA

**Motivazione della sostituzione:**

La tenuta ottimale di test e/o farmaci necessita obbligatoriamente dell'utilizzo di frigoriferi costruiti appositamente per tale funzione non presenti presso la UO di Pneumologia

**8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:**

- lt 129
- una porta
- struttura in acciaio
- temperatura +2/+8



9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:

UOC PNEUMOLOGIA

10- L'APPARECCHIATURA RICHIESTA NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

Data 15/02/2022

U.O.C.: PNEUMOLOGIA

Nome e cognome del Direttore della U.O.  
(in stampatello)

DONATELLA MANCINI

Firma del Responsabile della U.O.  
(leggibile con timbro)

Dot. ssa Donatella Mancini  
1101019016800477

**N.B.:** Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di afferenza.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA  
Ing. E.PACE

**VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO**

**N° 1 FRIGORIFERO PER FARMACI**

DIPARTIMENTO.: MEDICINA

U.O. RICHIEDENTE: U.O.C. PNEUMOLOGIA

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: UOC PNEUMOLOGIA

**1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:**

La tenuta ottimale di test e/o farmaci necessita obbligatoriamente dell'utilizzo di frigoriferi costruiti appositamente per tale funzione non presenti presso la UO di Pneumologia

**2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:**

### RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. C. PNEUMOLOGIA, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE  
 NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE  
 PROGRAMMABILE  
 DIFFERIBILE

Data 15/02/2022

DIPARTIMENTO MEDICINA

Nome e cognome  
(in stampatello)

LUCA MORICONI

Firma del Direttore del Dipartimento  
(leggibile con timbro)

A.S.L. Rieti  
Dott. Luca Moriconi  
Direttore UOC Medicina Interna

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.