

AL DIRETTORE SANITARIO.

Dott.ssa Assunta De Luca

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.RICHIEDENTE: DISTRETTO 1

SEDE: LEONESSA

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE  
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

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

---

N°1 LAMPADA DI WOOD CON STATIVO

---

**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 specifica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: 300 €

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

4\* L'urgenza fonda sulla necessita' di ridurre i tempi di attesa sulle prestazioni sanitarie erogabili con tale strumentazione. Tempi di attesa oggi sopra la soglia critica regionale

5- NECESSITA' DI LAVORI EDIL/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: \_\_\_\_\_ N° Inventario - ASL: \_\_\_\_\_

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

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

Motivazione della sostituzione:

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

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

N° 1 LAMPADA DI WOOD CON STATIVO

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

AMBULATORIO DERMATOLOGICO SEDE DI LEONESSA

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

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

Data

U.O.: DISTRETTO 1

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(in stampatello)

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

Dott. Giuseppe Pistella  
MEDICO CHIRURGO  
SPECIALISTA IN DERMATOLOGIA  
E VENEREOLOGIA

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.