

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

DISTRETTO 1

Dott./Dott.ssa ANTONIO BONCOMPAGNI

## RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

U.O.: ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

SEDE: ASL RIETI

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE  
 POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

### 1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA

~~1.2 ECOGRAFI PORTATILI CON JAWA COMPLEX~~  
N. 2 ECOGRAFI PORTATILI CON JAWA COMPLEX E LINEARE, PREPAGATI  
BLUETOOTH, SANIFICABILI, A BATTERIA + TABLET o TELEFONO

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: 4.500 € x 2

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

- GEL PER ECOGRAFIA, 4 BOTTIGLIE / MESE

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

- SI  
 NO

6- MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE

- Acquistato     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 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:

.....  
- ECO DOPPE DOTICULARI CAVO  
- A.U.D.I.O. PER ACCESSI VENOSI E POSIZIONAMENTO SNG  
.....

**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: \_\_\_\_\_

**Motivazione della sostituzione:**

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

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

.....  
- BATERIA DURATA > 6H  
.....  
- SANIFICABILE (I.P. x 4)  
.....  
.....

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

.....  
CIRCA 300 PRESTAZIONI / ANNO SU 2 UNITA' TERRITORIALI  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....

Data 8 / 2 / 2022

U.O.: ASSISTENZA DOMICILIARE GERIATRICA

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

Totaro Michele C.R.S.

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

 **A.U.S.L. RIETI**  
Dott. Michele Cirio Totaro  
1101019019900/88

**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 appartenenza



Alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. Erminio Pace

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: DISTRETTO 1

U.O. RICHIEDENTE: ADI



PIANIFICAZIONE TRIENNALE



POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: \_\_\_\_\_

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

*Le tecnologie richieste permettono di implementare la risposta sanitaria erogata e di migliorare il loro standard di qualità*

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA:

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



## RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. AD1, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, riportata in allegato, si esprime parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

URGENTE

PROGRAMMABILE

DIFFERIBILE

Data 16/02/2021

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: DISTRETTO 1

Nome e cognome  
(in stampatello)

A.S.L. Rieti  
DISTRETTO 1  
Rieti Antrodoto S. Elpidio  
Il Direttore  
Dr. Antonio Boncompagni

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.  
(leggibile con timbro)

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.